



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการ: ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ
ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

โดย
นางนุศ ทิพย์แสนคำ และคณะ

มกราคม 2548

โครงการ: ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ
ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

คณะผู้วิจัย

- 1.นางนุศ ทิพย์แสนคำ
- 2.นางสาวทัศนีย์ ทองประทีป
- 3.นางสาวพิสมัย พิทักษาวรากร

สังกัด

- วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.จารุวรรณ เหมะธร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคุณศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลครอบครัว ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอชื่นชมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 8 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2545 ของวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข 26 (เจ้าคุณพระประยุรวงศ์) ศูนย์บริการสาธารณสุข 31 (เอิบ-จิตร ทั้งสุขบุตร) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่อการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ และคณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่คณะผู้วิจัย ประโยชน์ที่พึงมีจากรายงานการวิจัยนี้คณะผู้วิจัยขออุทิศให้แก่ดวงวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตไปแล้ว และขอพลังแห่งความดีทั้งหลายจงดลบันดาลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติของผู้ป่วยมีจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งสามารถดำรงตนอยู่ได้อย่างมีความสุขในชีวิต

ท้ายที่สุดนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ทุนสนับสนุนโครงการในการดำเนินโครงการเป็นระยะเวลา 2 ปี

คณะผู้วิจัย

ชื่อเรื่อง: ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

Title: Spiritual needs of the dying patients in hospice home care.

คณะผู้วิจัย: นุศ ทิพย์แสนคำ
ผศ.ดร.ทัศนีย์ ทองประทีป
พิสมัย พิทักษาวรากร

บทคัดย่อ :

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ขั้นตอนการดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พักอาศัยในชุมชน กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 38 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4-5 สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยออกจากโครงการก่อนเนื่องจากเสียชีวิต 8 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำก่อนและภายหลังสิ้นสุดโครงการ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ความต้องการด้านการพยาบาลที่บ้าน ความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีความหมาย และความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และค่าสถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เน้นเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างจากก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพราะการดูแลด้านจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเจ็บป่วยและความตายได้ด้วยใจสงบ ดังนั้นการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจึงควรมีดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความต้องการด้านจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Project Title: Spiritual needs of the dying patients in hospice home care.

Investigators: Noot Tipseankhum, Asst.Prof.Dr.Tassanee Tongprateep and

Pissamai Pitagsavaragon

Kuakarun College of Nursing, Department of Medical Service,

Bangkok Metropolitan Administration

E-mail Address: Tipseankhum@hotmail.com

Project Period: 2 years

Abstract:

The purpose of this research were to 1) To study the spiritual needs of the dying patients at home; 2) To differentiate before and after intervention of the spiritual care for the dying patients at hospice home care. This study is a quasi-experimental research using a one group pre-test/post-test design. Thirty dying patients were recruited by purposive sampling. The subjects were dying patients who lived in the community under the care of the Health Center in Bangkok Metropolitan Administration. Approval to conduct this study was granted by the Ethics Committee for Researches involving Human Subjects, Bangkok Metropolitan Administration. All of the participants were informed of their rights and their written consent was obtained. The data collection tools utilized in this study were a personal data sheet and a spiritual care need form, which consisted of 3 parts: 1) spiritual care need, 2) source of spiritual support, 3) spiritual beliefs and religious practice. There were 38 dying patients participating in the study. During the data collecting process, 8 patients died and were unable to complete the study. The researcher provided nursing care interventions once a week for 4-5 weeks. The data relating to spiritual needs was collected by interviewing the dying patients before and after hospice home care activities. The descriptive statistics used for analysis were frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation and paired t-test. The findings of this quasi-experimental research revealed that the dying patients receiving spiritual care intervention had a higher score of satisfaction with home care after the intervention-significant value of $p = 0.001$. The results suggest that spiritual care is a major component of holistic nursing care for the dying patients at home by more encouraging caregivers and relatives, for the patient will gain the spiritual needs. From this study, hospice home care should be provided to dying patients in the community to meet their spiritual needs.

Keywords: spiritual needs, hospice home care, end-of-life care

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
คำถามที่ใช้ในการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
วิธีดำเนินการทดลอง	7
ขอบเขตและวิธีดำเนินการวิจัย	7
ประชากร	7
กลุ่มตัวอย่าง	7
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	7
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	10
การดำเนินการทดลอง	11
การวิเคราะห์ข้อมูล	16
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	17
บทวิจารณ์	35
หนังสืออ้างอิง	45
ภาคผนวก	50
Manuscript	51

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา	17
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษจำแนกตามการวินิจฉัยโรค	21
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้จำแนกตามการปฏิบัติ ศาสนกิจ ความหมายในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา สิ่งที่น่าสนใจ แผนการที่ต้องการทำในอนาคต ปัญหาและเรื่องที่ยุ่งยากใจ แผนการที่ต้องการทำในอนาคต	22
ตารางที่ 4	อันดับที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการ เครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จัดเรียงตามลำดับ	25
ตารางที่ 5	อันดับที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามบุคคลหรือแหล่ง ของเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จัดเรียงตามลำดับ	25
ตารางที่ 6	อันดับที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการได้รับการ ดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จัดเรียงตามลำดับ	26
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (รายด้าน) ก่อน และหลังการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง	27
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการ พยาบาล ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง	27

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
แผนภูมิที่ 1 การปฏิบัติพยาบาลด้านจิตวิญญาณ	5
แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	14
แผนภูมิที่ 3 แผนการทดลอง	14

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าที่เกิดจากการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และการเติบโตทางวิชาการด้านการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น สิ่งที่มาคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนสะสมเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกัน นอกจากนี้ปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นแล้วปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลยังเป็นสิ่งที่ยุ่งยากเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่นโยบายด้านสาธารณสุขในระดับประเทศที่เน้นย้ำ และทุ่มเทงบประมาณลงไปในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งที่จำนวนงบประมาณที่ให้การสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาลมีปริมาณเพิ่มขึ้นไม่มากนัก ซึ่งเป็นสัดส่วนผกผันกับจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทวีสูงขึ้นอย่างมากและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยอื่นมาก (สันต์ หัตถิรัตน์, 2532: 64-65) ดังรายงานการศึกษาของไพเอนสันและคณะ (Pyenson, et al., 2004: 200-210) ที่ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต (ระยะเวลาเฉลี่ย 158 วัน) โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ขึ้นลงทะเบียนกับ Medicare Hospice Benefit ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วง ค.ศ.1998-2000 ได้ประเมินเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรคต่างๆ ตามเกณฑ์ของ ICD-9-CM จำนวน 16 โรค พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูงสุดเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 46,793 ดอลลาร์สหรัฐ/คน (SD 41,136) และค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ จำนวน 45,296 ดอลลาร์สหรัฐ/คน (SD 35,946) แม้ว่าจะไม่มีการศึกษารายงานด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นปัจจุบันในประเทศไทย แต่เมื่อพิจารณาจากหลักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ และสภาพเศรษฐกิจแล้วคงเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงพบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือแพทย์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเพิ่มเติม แพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้านต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และโดยพื้นฐานความเชื่อว่าการระงับทุกข์ของชีวิตผู้ป่วยมักมีความสุขในบ้านที่สภาพแวดล้อมเต็มไปด้วยเครือญาติและพี่น้องในครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกัน เช่นเดียวกับครอบครัวของสังคมไทยในอดีตเป็นครอบครัวขยาย เมื่อมีการเกิด เจ็บป่วย แก่ชรา หรือระยะใกล้ตายเกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมักจะดูแลกันเอง จึงพบว่าการเจ็บป่วยในระยะใกล้ตายและการตายมักเกิดขึ้นที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจึงมีการเรียนรู้ว่าควรดูแลและปฏิบัติต่อกันอย่างไร ไม่ว่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าไปเพียงใดก็ตาม ก็ไม่สามารถทดแทนความรัก ความอบอุ่นใจ และความห่วงใยที่มนุษย์มีต่อกันได้

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน และมีอิทธิพลต่อแนวคิด การศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี คุณธรรม จริยธรรม แบบแผนในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความกตัญญูทเวที เป็นคุณธรรมที่สังคมไทยให้ความสำคัญให้คุณค่าสูงสุดที่มนุษย์พึงมีและควรกระทำต่อบุพพการี ดังนั้นจึงพบภาพรวมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเลือกที่จะใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอยู่กับครอบครัว เนื่องจากมนุษย์ล้วนแต่ปรารถนาจะตายอย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน ตายท่ามกลางคนที่รัก ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีสติบริบูรณ์เพื่อพิจารณาคำสอนในศาสนาหรือสามารถปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนเองยึดถือ การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจึงมีความสำคัญที่ผู้ให้การดูแลไม่ควรมองข้าม และเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาต่อไป

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ไว้ใน ค.ศ. 1990 และมีการปรับเปลี่ยนข้อความเพิ่มเติม เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมมากขึ้นแต่ประเด็นเนื้อหาหลักยังคงเดิมว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงการให้การดูแลอย่างครอบคลุมต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ซึ่งกำลังเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยสภาวะของโรคที่ทวีความรุนแรง และไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน โดยมุ่งเน้นที่การประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วสมบูรณ์ การจัดการกับความเจ็บปวดรวมทั้งการดูแลปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2002: 83)

การดูแลผู้เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือระยะก่อนตาย เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านร่างกายที่ซับซ้อน สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วยมักต้องการความรัก กำลังใจและความอบอุ่นใจจากลูกหลาน คู่สมรสหรือมิตรสหาย มากกว่าการเจ็บป่วยในระยะอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอารมณ์อ่อนไหว ต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือมีความต้องการปฏิบัติตามหลักศาสนา การอยู่ในโรงพยาบาลมักได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย และได้รับการรักษาตามมาตรฐานในแต่ละโรค แต่ความใกล้ชิดกับญาติพี่น้องและมิตรสหาย รวมทั้งการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ มักได้รับการตอบสนองอย่างจำกัด ด้วยกฎระเบียบของโรงพยาบาล กระบวนการและขั้นตอนในการดูแลรักษาและการงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนไม่น้อยที่มีอาการของโรคที่พอควบคุมได้ สามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ มีญาติหรือลูกหลานให้การดูแลได้ หากแต่ต้องการคำแนะนำปรึกษา หรือการดูแลเป็นครั้งคราวจากทีมสุขภาพเท่านั้น เช่นการทำแผล การเปลี่ยนสายยางต่างๆ การฉีดยาบางชนิด เป็นต้น ซึ่งจะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาลของญาติได้มาก อีกทั้งยังเป็นการประหยัดงบประมาณด้านการสาธารณสุขของชาติลงได้อีกทางหนึ่ง แนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านจึงเกิดขึ้น เพื่อพัฒนาให้ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ (family as a unit of care) ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีได้เป็นเรื่องยุ่งยากในสังคมไทย เพราะค่านิยมพื้นฐานเรื่องความกตัญญูทเวทีเป็นจุดเด่นของสังคมไทยมาช้านาน ความรัก และความ

เอื้ออาทรในครอบครัว จะทำให้ผู้ที่กำลังจะจากไปมีความหวังและกำลังใจ สามารถก้าวผ่านพ้นระยะสุดท้ายอย่างกล้าหาญและมีใจสงบ

ปัจจุบันคำว่ามิติจิตวิญญาณหรือความผาสุกทางจิตวิญญาณ นับเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสุขภาวะของบุคคลแบบองค์รวมตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลก การดูแลบุคคลแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่พยาบาลไทยให้ความสนใจและถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้จัดการประชุมระดับชาติ เรื่องการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533) โดยเชิญนักปรัชญาและผู้นำด้านศาสนาทั้งพุทธศาสนา คริสต์ศาสนา และศาสนาอิสลามมาร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ความหมายของคำว่าจิตวิญญาณร่วมกับนักวิชาการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพบุคคลแบบองค์รวมโดยเน้นเนื้อหาการดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณ ซึ่งนับเป็นก้าวที่สำคัญของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยยังไม่มีการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของการประเมินผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลควรตระหนักถึงมโนทัศน์ด้านนี้อย่างเพียงพอและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

คณะผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การแพทย์และการพยาบาลจะมุ่งที่การรักษาและมีการบริการเฉพาะในโรงพยาบาลหรือในสถานบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะแก้ไขหรือทำให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีสุขภาพดี การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ควรขยายการบริการสู่ครอบครัวหรือในชุมชน เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยอมรับวาระสุดท้ายแห่งชีวิตได้ และประการสำคัญมนุษย์ทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตและความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ วิกฤตการณ์ชีวิตเช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย และ/หรือการพลัดพรากจากสิ่งที่รัก ล้วนทำให้บุคคลนั้นๆ มีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น การได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม จะช่วยให้บุคคลเผชิญความตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ได้ คณะผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านขึ้น เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและภายหลังให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน โดยเชื่อมั่นว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความผาสุกในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคาดว่าจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ หรือเป็นผู้มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค อาการของโรคเลวลง หรือเป็นผู้ป่วยที่มีความมุ่งหวังในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการมากกว่าการรักษาให้หายจากโรค

จิตวิญญาณ หมายถึง ปรัชญาในการดำเนินชีวิต คุณธรรม คำสอนของศาสนา หรือสิ่งที่ช่วยทำให้บุคคลมีความหมายหรือมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีความหวัง และมีกำลังใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสอดคล้องประสานกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (Miller, 1985; Reed, 1992) จิตวิญญาณในที่นี้ยังมีความหมายถึงองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการแสดงความเป็นองค์รวมของบุคคล และเป็นส่วนที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานองค์ประกอบอื่นๆ ให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเป็นปกติ (Neuman, 1995)

การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อ ความศรัทธา การปฏิบัติตามหลักศาสนา รวมทั้งกิจกรรมใดๆ ที่ส่งเสริมให้ชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยและดำรงตนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยได้อย่างมีความสุข

ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care needs) 2) เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่ามีความหมาย (source of spiritual support) และ 3) ความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา (beliefs and religious practice)

ความสำคัญของจิตวิญญาณต่อบุคคล

ความสำคัญของจิตวิญญาณต่อบุคคลเปรียบเหมือนเป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบาก หรือความยุ่งยากในชีวิตได้ (พินิจ รัตนกุล, 2547) ในขณะที่เจ็บป่วยจิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความหวัง และสามารถปรับตัวได้ต่อการเจ็บป่วย (Meraviglia, 1999) และอาจกล่าวได้ว่าจิตวิญญาณ เป็นส่วนที่เป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคมให้มีความหมายเป็นองค์รวมและมีความผาสุกในชีวิต (Fahlberg & Fahlberg, 1991; Reed, 1992; Meraviglia, 1999) เช่นเดียวกับ กอลเบอร์ก (Golberg, 1998) ได้วิเคราะห์แนวคิดเรื่องจิตวิญญาณ (concept analysis of spirituality) โดยใช้คำว่า การเชื่อมประสาน (connection) ซึ่งหมายถึงการทำหน้าที่ของจิตวิญญาณที่ต้องเกี่ยวเนื่องกับส่วนประกอบอื่นๆ ของบุคคล คือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

มาก ความเชื่อ และคำสอนที่เกี่ยวกับชีวิตและการตายจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรูสึกต่างๆได้ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องของจิตวิญญาณนั้น เป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ของชีวิต ศาสนาและความเชื่อ ส่วนการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ยังไม่มีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน

คำถามที่ใช้ในการวิจัย (Research questions)

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างไร
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านก่อนและหลังการทดลองมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Statement of purposes)

1. เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านก่อนและหลังการทดลองมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านทั้งก่อนและหลังการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ขอบเขตและวิธีดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านอาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2546 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคาดว่าจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ หรือเป็นผู้มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค อาการของโรคเรื้อรัง หรือเป็นผู้มีความมุ่งหวังในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการมากกว่าการรักษาให้หายจากโรค ที่พักรักษาตัวที่บ้านในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2546 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ชัดเจน มีความเต็มใจและสมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยครั้งนี้โดยไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านเมื่อเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโครงการแล้วคณะผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลครอบครัวที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ทราบ การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลครอบครัว จะได้รับการยกเว้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมคณะผู้วิจัยจนกระทั่งปิดโครงการจึงส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลครอบครัวที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ในเขตชุมชนนั้นต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1. แบบสอบถามความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียด ดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ อายุ เพศ ศาสนา อาการ อาการแสดง การวินิจฉัยโรค เป็นต้น

- แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน 20 ข้อ ใช้ระดับมาตราส่วนการประมาณค่าแบบ Likert Scale 3 ช่วง (1-3)

- แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน 21 ข้อ ใช้ระดับมาตราส่วนการประมาณค่าแบบ Likert Scale 3 ช่วง (1-3)

1.2. แบบประเมินการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน 21 ข้อ ใช้ระดับมาตราส่วนการประมาณค่าแบบ Likert Scale 3 ช่วง (1-3)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมน (Neuman, 1995: 18-21) ที่เห็นว่าผู้ป่วยจะมีสุขภาพดีได้นั้นเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบครัวรวมทั้งผู้ดูแลหลักเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ถ้าครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย และความต้องการของผู้ป่วยที่เน้นปัจจัยในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีเนื้อหาของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

2.1.1. การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

2.1.2. การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาวะครอบครัวโดยคณะผู้วิจัยและหรือผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบประเมินข้อมูลครอบครัว

2.1.3. ประเมินสภาวะผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดง และความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ บันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยใช้แบบประเมินและแบบบันทึกของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2.1.4. ระบุปัญหาและวางแผนการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 2.1.2. และ 2.1.3. มารวบรวมปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว นำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหากำหนดเป้าหมาย และวางแผนวิธีที่จะนำไปสู่ภาวะสมดุลของผู้ป่วย โดยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.5. ปฏิบัติการพยาบาลโดยการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแผนการพยาบาล

2.1.6. การประเมินผล เป็นการตรวจสอบผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2.2. แบบบันทึกการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยคณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินสุขภาพอนามัย และแบบบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ความชัดเจนของเนื้อหา แล้วหาความเชื่อมั่น

ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พักอาศัยที่บ้านในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกัน จำนวน 28 ราย แล้วนำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น = .83

การดำเนินการวิจัย

ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะอธิบายถึง วัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติต่ออาสาสมัครโครงการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยต่อหน่วยงานเฉพาะสรุปผลการวิจัยโดยไม่ระบุชื่อของอาสาสมัครโครงการ ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการได้ทุกระยะของการวิจัย เมื่อเข้าใจตรงกันแล้วลงลายมือชื่อผู้ป่วยหรือทายาทไว้เป็นหลักฐาน คณะผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงให้ผู้ป่วยไว้เป็นหลักฐาน 1 ชุด

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทุกคนมีความรู้และความเข้าใจตรงกัน สามารถใช้เครื่องมือในการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์ และให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่บ้านได้อย่างถูกต้องตามหลักการพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1. รับสมัครผู้ช่วยวิจัย จำนวน 8 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ซึ่งผ่านการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งทำให้นักศึกษาสามารถให้การพยาบาลครอบคลุมได้เป็นอย่างดี มีนักศึกษาพยาบาลให้ความสนใจและสมัครจำนวนมาก คณะผู้วิจัยคัดเลือกโดยการพูดคุยซักถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผลการคัดเลือกได้ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 8 คน

2. คณะผู้วิจัยชี้แจงการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3. คณะผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยทุกคนศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องกระบวนการพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นมาประชุมกลุ่มเพื่ออภิปรายประเด็นต่างๆ กับคณะผู้วิจัย

4. คณะผู้วิจัย 1 คน ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 2 คน ร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 1 ราย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ รวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนให้การพยาบาล

5. การเก็บข้อมูลประเมินผลการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ที่มีใช้ผู้ช่วยวิจัย ทีมที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินผล post-test ซึ่งทีมผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบข้อมูล pre-test มาก่อน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสิ้น 38 ราย แต่เนื่องจากกระบวนการวิจัยจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา 4-5 สัปดาห์ ทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการหนักเสียชีวิต (drop out) ก่อนที่กระบวนการวิจัยจะสิ้นสุดลง จำนวน 8 ราย จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครโครงการเมื่อสิ้นสุดโครงการทั้งสิ้น 30 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2546 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 โดยในกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการเตรียมพร้อมแล้ว จำนวน 4-5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีความเหมาะสมช่วยให้สามารถได้ข้อมูลในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ความหวังของชีวิต ประสบการณ์การดำเนินชีวิต รวมทั้งแนวคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย คณะผู้วิจัยได้ข้อมูลในส่วนนี้ในช่วงสองสัปดาห์แรกของการดูแลสุขภาพที่บ้าน แล้วจึงนำข้อมูลมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ในกระบวนการพยาบาลต่อไป ส่วนวิธีการเชิงปริมาณเหมาะสมในการรวบรวมข้อมูลที่มีลักษณะเป็นมาตราเรียงลำดับ (ordinal scale) และในการประมวลผลข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

การผสมผสานวิธีการรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปได้เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาและประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในการวิจัย และขั้นตอนในการดำเนินการต่อไปในกระบวนการพยาบาล โดยมีวิธีการเข้าถึงข้อมูล ดังนี้

- การสนทนาแบบไม่มีโครงสร้าง ในการเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

- การสังเกต (แบบมีส่วนร่วม) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ
- การรวบรวมเอกสารทางการพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ขั้นตอนที่สอง การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อการค้นหาคำตอบและทดสอบหาความแตกต่าง หรือเปรียบเทียบความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

โดยมีวิธีการเข้าถึงข้อมูล ดังนี้

- การสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบสอบถาม
- การสังเกตและซักถาม

การดำเนินการทดลอง

คณะผู้วิจัยการดำเนินการทดลองโดยใช้ขั้นตอนการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วยกระบวนการพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543: 55-64) ซึ่งกำหนดไว้ดังต่อไปนี้

1. การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน มีความสำคัญเช่นเดียวกับการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยด้านอื่นๆ สิ่งที่มีความสำคัญในขั้นตอนนี้คือพยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับศรัทธา ความเชื่อ และศาสนา ซึ่งมีความละเอียดอ่อน การแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยจึงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภูมิภาวะ ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน และความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจะต้องใช้เวลาในขั้นตอนนี้เพื่อประมวลข้อมูลอย่างพอเพียง และพึงระลึกเสมอว่าข้อมูลที่ได้จากการประเมินทางด้านจิตวิญญาณในการการดูแลสุขภาพที่บ้าน ครั้งที่ 1 ไม่ใช่เป็นข้อสรุปเพื่อการวินิจฉัยการพยาบาลความต้องการทางด้านจิตวิญญาณทั้งหมด เนื่องจากในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นระยะๆ ดังนั้นในการประเมินทางด้านจิตวิญญาณควรมีการประเมินทุกครั้งที่ทำให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (spiritual nursing diagnosis) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจะต้องสะท้อนถึงความเชื่อ การปฏิบัติตามหลักศาสนา ความหวังและกำลังใจ เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมต่อไป เพราะจิตวิญญาณเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล และอาจมีการผสมผสานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อ และความศรัทธา ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจะต้องกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงความต้องการของครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลในด้านความหวังและกำลังใจต่อผู้ป่วยเป็นอันมาก

3. การวางแผนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care plan) ในการวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องวางแผนร่วมกับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย และ/หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามความเร่งด่วน ที่ส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลและ/หรือครอบครัวโดยกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลและระบุกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นๆ ไว้ในรายงานการเยี่ยมบ้านหรือบันทึกทางการพยาบาล

4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care interventions) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขที่สุดเท่าที่จะทำได้ ช่วยบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานต่างๆ ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ให้เกิดความหวังและกำลังใจ และท้ายที่สุดคือช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบและสมเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณพยาบาลจะต้องเข้าใจและตระหนักในความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับปรัชญาในการดำเนินชีวิตความเชื่อ การปฏิบัติตามหลักศาสนา ซึ่งมีความแตกต่างจากการพยาบาลด้านร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจึงขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้ดูแลแต่ละรายตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณมักปฏิบัติแบบผสมผสานไปพร้อมๆ กับการพยาบาลทางด้านร่างกาย หรือการพยาบาลในด้านจิตสังคม

ในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน พยาบาลผู้ดูแลสภาพที่บ้านจะต้องประเมินลักษณะธรรมชาติของบุคคลและครอบครัว ลักษณะของเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจน ปรัชญาชีวิต พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวนั้นๆ เช่น ผู้ป่วยที่นับถือพุทธศาสนาอาจเชื่อเรื่องกรรมเก่า ในขณะที่ผู้ป่วยอิสลามเชื่อในการทดสอบของพระเจ้า การมองปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการเจ็บป่วย และวิธีคิดเพื่อยอมรับการปรับตัวในแต่ละคนจึงแตกต่างกันไป ถ้าพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถเข้าใจปัญหาและสามารถให้การพยาบาลตรงกับสภาพความเป็นจริงตามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ความศรัทธา และการนับถือศาสนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยย่อมมีความสุขทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวและเกิดการยอมรับต่อความตายที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจ ความมั่นใจ และความไว้วางใจที่พยาบาลสามารถเข้าใจและปฏิบัติต่อตนเองได้ตามความต้องการ กิจกรรมการพยาบาล/การดูแลความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้าน พอสรุปได้ดังนี้

1. การเยี่ยมดูแลสภาพผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลผู้ดูแลสภาพที่บ้านจะต้องเรียนรู้และศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ และศึกษาไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้มีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. การแสดงความรู้สึกเอื้ออาทร อาจโดยการสัมผัส และเมื่อมีโอกาสดูแลให้เวลาอยู่ร่วมรับฟังความรู้สึกยากลำบากของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความคิดและความรู้สึก

3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และ/หรือผู้ดูแลทันทีเมื่อมีอาการของโรคกำเริบ ขึ้น เนื่องจากอาการบางอย่างสร้างความทุกข์ทรมานอย่างมาก เช่น อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. การสวดมนต์ ภาวนา โดยอาจต้องการมีผู้นำสวดมนต์ให้หรือผู้ป่วยสวดมนต์เอง แล้วแต่สภาพของผู้ป่วย

5. การจัดหา หรือการอ่านหนังสือธรรมะ พระคัมภีร์ และสื่อ หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ

6. การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือให้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ

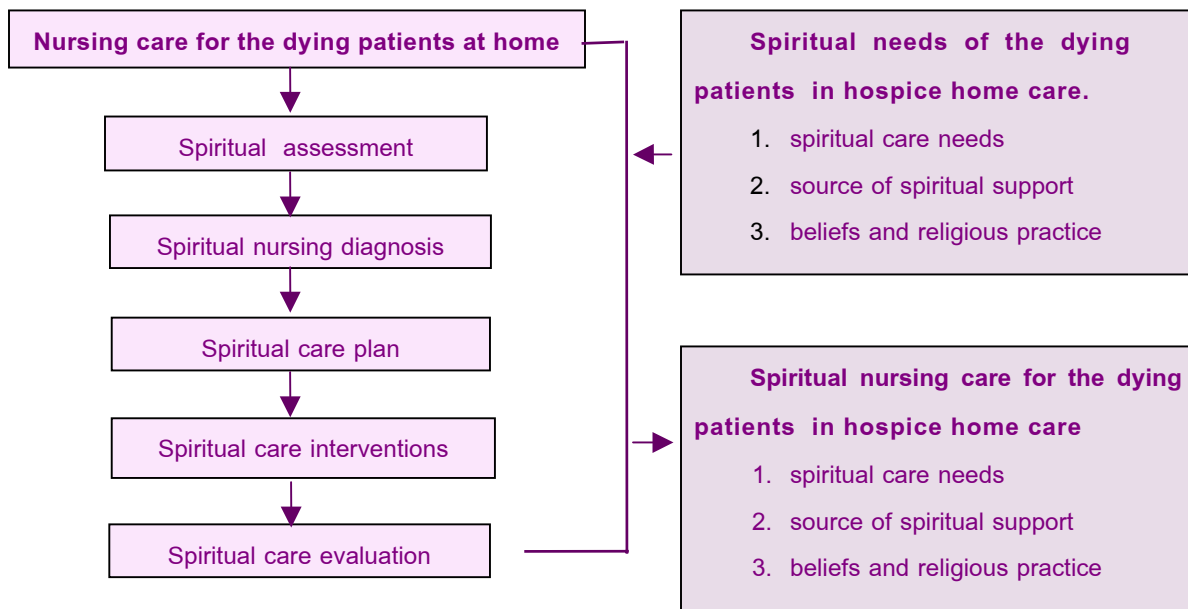
7. การเปิดโอกาสให้มีวัดถ้ำมุงคละต่างๆ อยู่ใกล้ตัว หรืออยู่ในบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้เพื่อที่จะระลึกถึงและทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ

8. การเปิดโอกาสให้พระสงฆ์ หรือบุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่บ้านเป็นครั้งคราวตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การประเมินผลการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังจากที่ได้ให้กิจกรรมการดูแลไปแล้ว ในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีการประเมินผลการพยาบาลออกเป็น 2 ระยะ คือ การประเมินทันทีภายหลังให้การพยาบาลและการประเมินผลในการการดูแลสุขภาพที่บ้านคราวต่อไป ประเด็นคือควรประเมินตามเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ในการวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ครอบครัวและหรือผู้ดูแล รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อจะได้ทราบว่าปัญหานั้นๆ ได้รับการแก้ไขไปมากน้อยเพียงใด มีปัญหาใดเกิดขึ้นใหม่ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้วนั้นไม่ได้ผล ต้องมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาล แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านในครั้งต่อไป

สำหรับ รายงานการเยี่ยมบ้าน หรือ การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการสื่อสารทางการพยาบาลเป็นข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่สภาพของครอบครัว การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาจนถึงการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกต้องทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมปัญหาในทุกมิติ คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเป็นหลักฐานที่ชี้ชัดว่าพยาบาลมีเป้าหมายในการดูแลบุคคลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง คณะผู้วิจัยใช้รูปแบบของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลครอบครัวของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรับผิดชอบตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยครั้งนี้

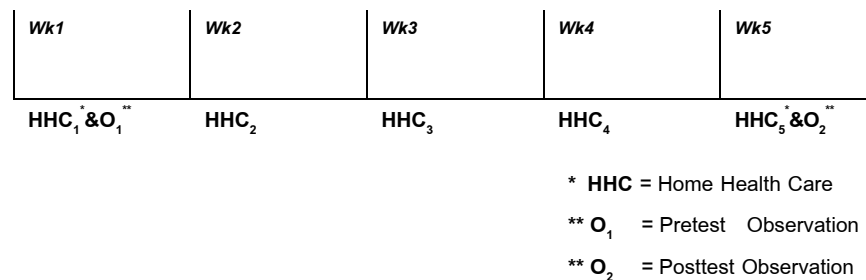
โดยสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

เนื่องจากการประเมินความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและมีความอ่อนไหว สัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลนั้นมีความสำคัญต่อคุณภาพของข้อมูล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงวางแผนการทดลอง ดังนี้

แผนการทดลอง มีดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แผนการทดลอง

HHC₁ & O₁ หมายถึง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 1 และประเมินความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย pretest

HHC₂ หมายถึง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 2

HHC₃ หมายถึง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 3

HHC₄ หมายถึง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 4

HHC₅ & O₂ หมายถึง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 5 และประเมินการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย posttest

HHC₁ & O₁ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 1 และประเมินความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย pre-test ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลการได้รับการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านและ ก่อนการทดลอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ระบุปัญหา แล้วเลือกปัญหาจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย(ที่รู้สึกตัว)และ/หรือญาติและ/หรือผู้ดูแล เพื่อให้ครอบครัวมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

HHC₂ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 2 (หลังจากการเยี่ยมครั้งแรกเป็นเวลา 1 สัปดาห์) ผู้วิจัยประเมินสภาพผู้ป่วย ชักถามปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติในช่วงเวลาของสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล ร่วมกันกับญาติและ/หรือผู้ดูแลประเมินผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับญาติและ/หรือผู้ดูแลสำหรับกิจกรรมการดูแลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

HHC₃ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งที่ 3 (หลังจากการเยี่ยมครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ หากปัญหาดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไข ให้ร่วมกันกำหนดวิธีการแก้ไขใหม่ หรือบางปัญหาอาจพิจารณาส่งต่อตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ชักถามปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติในช่วงเวลาของสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล ร่วมกันกับญาติและ/หรือผู้ดูแลประเมินผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับญาติและ/หรือผู้ดูแลสำหรับการกิจกรรมการดูแลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

HHC₄ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านครั้งที่ 4 (หลังจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ หากปัญหาดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไข ให้ร่วมกันกำหนดวิธีการแก้ไขใหม่ หรือบางปัญหาอาจพิจารณาส่งต่อที่มสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรับผิดชอบตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ชักถามปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติในช่วงเวลาของสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล ร่วมกันกับญาติและ/หรือผู้ดูแลประเมินผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับญาติและ/หรือผู้ดูแลสำหรับการกิจกรรมการดูแลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

HHC₅ & O₂ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านครั้งที่ 5 และเก็บรวบรวมข้อมูล (หลังจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการ

ทดลอง (post test) โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งมิใช่ผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ประเมินผลการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน พิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้กับทีมพยาบาลครอบครัวของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรับผิดชอบตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติและการวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนระดับความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านในชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2546 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้้นนี้จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฯลฯ

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
เพศ		
หญิง	22	73.3
ชาย	8	26.7
รวม	30	100
อายุ		
≤ 40 ปี	3	10
41-50 ปี	1	3.3
51-60 ปี	1	3.3
61-70 ปี	8	26.7
71-80 ปี	9	30
81-90 ปี	5	16.7
> 91 ปี	3	10
รวม	30	100
การนับถือศาสนา		
ศาสนาพุทธ	28	93.4
ศาสนาคริสต์	1	3.3
ศาสนาอิสลาม	1	3.3
รวม	30	100
ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)

ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน	7	23.3
ประถมศึกษา	13	43.4
มัธยมศึกษา	6	20
อนุปริญญา	1	3.3
ปริญญาตรี	2	6.7
เปรียญ 6 ประโยค	1	3.3
รวม	30	100

ระดับของรายได้

ไม่เพียงพอ	20	66.7
เพียงพอ	10	33.3
รวม	30	100

เขตที่ตั้งของชุมชน

บางพลัด	12	40.0
ธนบุรี	9	30.0
ดุสิต	4	13.3
พญาไท	3	10.0
บางซื่อ	2	6.7
รวม	30	100

ลักษณะการอยู่อาศัย

อยู่กับครอบครัว ลูก/ หลาน	17	56.7
อยู่กับคู่สมรส	11	36.6
อยู่คนเดียว	2	6.7
รวม	30	100

ระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว

ดีมาก	17	56.7
ปานกลาง	9	30.0
น้อย	4	13.3
รวม	30	100

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
--------	------------	-----------

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย		
บุตรสาว	13	43.4
คู่สมรส	10	33.3
หลาน	3	10.0
มารดา	2	6.7
พี่สาว	1	3.3
เพื่อนบ้าน	1	3.3
รวม	30	100
ความรู้สึกที่ลูกหลานมีต่อผู้ป่วย		
เป็นกำลังใจ	14	46.7
เป็นร่มโพธิ์-ร่มไทร	5	16.7
เป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา	4	13.3
รอวันจากไป	4	13.3
ภาระที่ต้องดูแล	2	6.7
ไม่มีประโยชน์ ไร้คุณค่า	1	3.3
รวม	30	100

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้
เพศ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 22 ราย คิดเป็น 73.3% เพศชาย จำนวน 8 ราย คิดเป็น 26.7%

อายุ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี มากที่สุด จำนวน 9 ราย คิดเป็น 30.0% รองลงมาคือ ช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 8 ราย คิดเป็น 26.7% ช่วงอายุ 81-90 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.7% ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และอายุมากกว่า 91 ปี มีจำนวนเท่ากัน 3 ราย คิดเป็น 10.0% ช่วงอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี มีจำนวนเท่ากัน 1 ราย คิดเป็น 3.3%

การนับถือศาสนา ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 28 ราย คิดเป็น 93.4% ส่วนน้อยที่สุดคือศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลามมีจำนวนเท่ากันคือจำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3%

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 ราย คิดเป็น 43.4% ไม่ได้เรียน จำนวน 7 ราย คิดเป็น 23.3% มัธยมศึกษา จำนวน 6 ราย คิดเป็น 20% ปริญญาตรี จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% และน้อยที่สุด คืออนุปริญญา และเปรียญ 6 ประโยค จำนวน 1 ราย เท่ากัน คิดเป็น 3.3%

ระดับของรายได้ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ารายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จำนวน 20 ราย คิดเป็น 66.7% และส่วนน้อยมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จำนวน 10 ราย คิดเป็น 33.3%

เขตที่ตั้งของชุมชนที่พักอาศัย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตบางพลัด จำนวน 12 ราย คิดเป็น 40.0% รองลงมาคือเขตธนบุรี จำนวน 9 ราย คิดเป็น 30.0% เขตดุสิต จำนวน 4 ราย คิดเป็น 13.4% เขตพญาไท จำนวน 3 ราย คิดเป็น 10.0% และน้อยที่สุดอยู่ในเขตบางซื่อ จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7%

ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูก/หลาน จำนวน 17 ราย คิดเป็น 56.7% รองลงมาคือพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 11 ราย คิดเป็น 36.6% และน้อยที่สุดคืออยู่คนเดียว จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7 %

ระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากจำนวน 17 ราย คิดเป็น 56.7% ระดับปานกลางจำนวน 9 ราย คิดเป็น 30.0% ระดับน้อย จำนวน 4 ราย คิดเป็น 13.3%

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวนมากที่สุดเป็นบุตรสาวของมีจำนวน 13 ราย คิดเป็น 43.3% รองลงมาคือ เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย จำนวน 10 ราย คิดเป็น 33.3% ผู้ดูแลหลักที่เป็นหลานมีจำนวน 3 ราย คิดเป็น 10.0% เป็นมารดา 2 ราย คิดเป็น 6.7% และจำนวนน้อยที่สุดเป็นพี่สาวและเพื่อนบ้าน จำนวนเท่ากัน คือ 1 ราย คิดเป็น 3.3%

ความรู้สึกที่ลูกหลานมีต่อผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเป็นกำลังใจให้ลูกหลานมากที่สุด จำนวน 14 ราย คิดเป็น 46.7% รองลงมา คือ เป็นร่มโพธิ์-ร่มไทร จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.7% เป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา และเป็นผู้ป่วยที่รอวันจากไป มีจำนวนเท่ากันคือ 4 ราย คิดเป็น 13.3% เป็นภาระที่ต้องดูแล จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% และน้อยที่สุดคือ ไม่มีประโยชน์ ไร้คุณค่า จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3%

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำแนกตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค/อาการ/อาการแสดง	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
--------------------------------	------------	-----------

มะเร็งปากมดลูก	5	16.7
มะเร็งสมอง	3	10.0
มะเร็งลำไส้ใหญ่	3	10.0
มะเร็งตับ	1	3.3
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	3.3
มะเร็งหลอดอาหาร	1	3.3
เอดส์	5	16.7
ไตวายเรื้อรัง	4	13.4
ถุงลมโป่งพอง COPD	3	10.0
ปอดอักเสบจากเชื้อรา วัณโรค และแผลกดทับ	2	6.7
หลอดเลือดสมองแตก	1	3.3
หัวใจล้มเหลว Parkinson ตาบอด	1	3.3
รวม	30	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยมะเร็ง 14 ราย แบ่งเป็น มะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.7% มะเร็งสมอง และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวนเท่ากันคือ 3 ราย คิดเป็น 10% มะเร็งตับ ต่อมลูกหมาก และหลอดอาหาร จำนวนเท่ากันคือ 1 ราย คิดเป็น 3.3% และรองลงมาคือ เอดส์ จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.7% ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 ราย คิดเป็น 13.3% ถุงลมโป่งพอง COPD ได้รับ O₂ จำนวน 3 ราย คิดเป็น 10% ปอดอักเสบจากเชื้อรา วัณโรค และแผลกดทับ จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% และน้อยที่สุด คือป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และ หัวใจล้มเหลว Parkinson ตาบอด จำนวนเท่ากัน 1 ราย คิดเป็น 3.3%

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้จำแนกตามการปฏิบัติศาสนกิจ ผลของการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา สิ่งที่ผู้ป่วยภาคภูมิใจ ปัญหาและเรื่องที่ยุ่งยากใจ แผนการที่ต้องการทำในอนาคต

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
การปฏิบัติศาสนกิจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ทำบุญ ให้ทาน	4	13.3
สวดมนต์	3	10.0
ตักบาตรในตอนเช้า	3	10.0
ฟังธรรมะจากวิทยุ/โทรทัศน์	2	6.7
ถือศีล ปฏิบัติสมาธิ เจริญสติ/เดินจงกรม	1	3.3
ผสมผสานการปฏิบัติหลายแบบ	15	50.0
ไม่ปฏิบัติ	2	6.7
รวม	30	100
ผลของการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาที่มีต่อผู้ป่วย		
ทำให้จิตใจสงบ	8	26.7
ทำให้เป็นคนดี	8	26.7
เข้าใจคำสอนของศาสนา(ธรรม)	4	13.3
ทำให้มีความสุข	4	13.3
ไม่ทำร้าย/เอาเปรียบผู้อื่น	3	10.0
เป็นที่พึ่งทางใจ	1	3.3
ไม่มีความหมายใด	2	6.7
รวม	30	100
การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา		
ไม่สม่ำเสมอ ไม่แน่นอน	17	56.7
เป็นประจำ สม่ำเสมอ	13	43.3
รวม	30	100

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
สิ่งที่ผู้ป่วยภาคภูมิใจมากที่สุด		
มีครอบครัวที่ดี	8	26.7

มีคู่สมรส/ลูกหลานดูแล	8	26.7
มีครอบครัวที่ดี มีคู่สมรส/ลูกหลานดูแล	5	16.7
สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แม้เจ็บป่วย	2	6.7
สุขภาพดี/ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง	1	3.3
ได้ไปเมกกะ/พิธีกรรมทางศาสนา	1	3.3
ได้เป็นทหารรับใช้ชาติ	1	3.3
ไม่มี	4	13.3
รวม	30	100
ปัญหา/เรื่องที่ยุ่งยากใจ/กังวลใจเกี่ยวกับ		
การเจ็บป่วย	9	30.0
เป็นห่วงลูก	5	16.7
ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยม	4	13.3
ภาวะการเงินในครอบครัว	4	13.3
การเจ็บป่วย และการเงิน	2	6.7
ไม่มีคนดูแล	2	6.7
ไม่มีโอกาสดูแล/ตอบแทนบุญคุณบิดา-มารดา	2	6.7
ต้องการไปเยี่ยมบิดา-มารดา	1	3.3
ไม่มี	1	3.3
รวม	30	100
แผนการที่ต้องการทำในอนาคต		
ต้องการช่วยเหลือตัวเองได้	5	16.7
ต้องการครอบครัวที่อบอุ่น	5	16.7
ต้องการทำบุญ/ทำความดี	6	20.0
ต้องการตอบแทนความดีของพ่อ-แม่/พี่-น้อง	4	13.3
ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยม	3	10.0
ต้องการแก้บน	2	6.6
ไม่ต้องการอะไร	5	16.7
รวม	30	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติศาสนกิจมากที่สุดคือ ผสมผสาน การปฏิบัติหลายแบบ จำนวน 15 คน คิดเป็น 50.0% รองลงมาคือ ทำบุญให้ทาน จำนวน 4 คน คิดเป็น 13.3% สวดมนต์และตักบาตรในตอนเช้า เท่ากัน จำนวน 3 คน คิดเป็น 10.0% ฟัง

ธรรมชาติจากวิทยุ/โทรทัศน์ จำนวน 2 คน คิดเป็น 6.7% ถือศีล ปฏิบัติสมาธิ เจริญสติ/เดินจงกรม จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% และไม่ปฏิบัติ จำนวน 2 คน คิดเป็น 6.7%

ในด้านผลของปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาที่มีผลต่อผู้ป่วย พบว่า ทำให้จิตใจสงบ และทำให้เป็นคนดี จำนวน 8 คน เท่ากัน คิดเป็น 26.7% รองลงมาคือ ทำให้เข้าใจคำสอนของศาสนา(ธรรม) และทำให้มีความสุข จำนวน 4 คน เท่ากัน คิดเป็น 13.3% ไม่ทำร้าย/เอาเปรียบผู้อื่น จำนวน 3 คน คิดเป็น 10.0% น้อยที่สุดคือ เป็นที่พึงพอใจ จำนวน 1 คน คิดเป็น 3.3% และไม่มีความหมายใดจำนวน 2 คน คิดเป็น 6.7%

ความถี่ของการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา พบว่า การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาแบบไม่สม่ำเสมอ ไม่แน่นอน จำนวน 17 คน คิดเป็น 56.7 % และปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาแบบเป็นประจำ สม่ำเสมอ จำนวน 13 คน คิดเป็น 43.3 %

สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจมากที่สุด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความภาคภูมิใจที่มีครอบครัวที่ดี มีคู่สมรส/ลูกหลานดูแล มีจำนวนเท่ากัน คือ 8 ราย คิดเป็น 26.7% และความภาคภูมิใจที่ผู้ป่วยตอบรวมกัน คือ มีครอบครัวที่ดี มีคู่สมรส/ลูกหลานดูแล จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.7% รองลงมาคือสามารถช่วยตัวเองได้แม้เจ็บป่วย จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% ที่มีจำนวนเท่ากันคือ การมีสุขภาพดี/ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง การได้ไปเมกกะ/พิธีกรรมทางศาสนา และการได้เป็นทหารรับใช้ชาติ จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% และตอบว่าไม่มีความภาคภูมิใจ จำนวน 4 ราย คิดเป็น 13.3%

ในด้านปัญหาและเรื่องที่ยุ่งยากใจหรือสิ่งที่กังวลใจ พบว่า อาการของโรคและการเจ็บป่วยพบมากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็น 30% ปัญหาและเรื่องที่ยุ่งยากใจในอันดับรองลงมาคือ ความเป็นห่วงลูก จำนวน 5 คน คิดเป็น 16.7% ส่วนความต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยมและภาวะการเงินในครอบครัวเป็นปัญหาและเรื่องที่ยุ่งยากใจ ในอันดับต่อมา คือ จำนวน 4 คน คิดเป็น 13.3% ส่วนการเจ็บป่วยร่วมกับปัญหาด้านการเงิน ไม่มีคนดูแล ไม่มีโอกาสดูแล/ตอบแทนบุญคุณบิดา - มารดา พบว่าเป็นเรื่องที่สร้างความกังวลใจให้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวนให้เท่ากัน จำนวน 2 คน คิดเป็น 6.7% อันดับต่อมาคือต้องการไปเยี่ยมบิดา - มารดา จำนวน 1 คน คิดเป็น 3.3% และไม่มีปัญหาและเรื่องที่ยุ่งยากใจ จำนวน 1 คน คิดเป็น 3.3%

สำหรับแผนการที่ต้องการทำในอนาคต พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตอบว่า ต้องการช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการครอบครัวที่อบอุ่น และไม่ต้องการอะไรจำนวนเท่ากันคือ 5 คน คิดเป็น 16.7% รองลงมาคือ ต้องการทำบุญ/ทำความดี จำนวน 6 คน คิดเป็น 20.0% ต้องการตอบแทนความดีของพ่อ-แม่/พี่-น้อง จำนวน 4 คน คิดเป็น 13.3% ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยม จำนวน 5 คน คิดเป็น 16.7% ต้องการแก้บน จำนวน 2 คน คิดเป็น 6.7%

ตารางที่ 4 อันดับที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการด้านจิต
วิญญาณ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จัดเรียงตามลำดับ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	อันดับที่	mean	SD
1. ต้องการการยอมรับจาก คู่สมรส ลูก หลาน และเพื่อน	1	2.97	.18
2. ต้องการความรักและความเข้าใจ คู่สมรส ลูก หลาน และเพื่อน	2	2.93	.37
3. ต้องการให้ลูกหลาน/ญาติ/เพื่อน มาเยี่ยม	3	2.83	.38
4. ต้องการการให้อภัยจากสมรส ลูกหลาน เพื่อน และญาติ	4	2.73	.69

จากตารางที่ 4 พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ต้องการการยอมรับจาก คู่สมรส ลูกหลาน และเพื่อน ในระดับ 2.97 รองลงมาคือ ต้องการความรักและความเข้าใจ คู่สมรส ลูกหลาน และเพื่อน ในระดับ 2.93 อันดับที่ 3 คือ ต้องการให้ลูกหลาน/ญาติ/เพื่อน มาเยี่ยม อยู่ในระดับ 2.83 และต้องการการให้อภัยจากสมรส ลูกหลาน เพื่อน และญาติ อยู่ในระดับ 2.73 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 อันดับที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามบุคคลหรือแหล่งของเครื่อง
ยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จัดเรียงตามลำดับ

บุคคลหรือแหล่งของเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ	อันดับที่	mean	SD
1. บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน	1	2.73	.74
2. ศาสนวัตถุ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน และคัมภีร์ เป็นต้น	2	2.17	.1.15
3. ญาติ เพื่อน/มิตรสหาย	3	1.63	1.07
4. นักบวช พระสงฆ์ ผู้สอนศาสนา	4	1.60	1.16
5. พยาบาล/แพทย์	5	1.47	1.01

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลหรือแหล่งของเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดคือ บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.73 รองลงมาคือ ศาสนวัตถุ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน คัมภีร์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.17 ญาติ เพื่อน/มิตรสหาย ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 1.63 อันดับต่อมาคือ นักบวช พระสงฆ์ ผู้สอนศาสนา ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 1.60 และพยาบาลและแพทย์ ค่าเฉลี่ยอยู่อยู่ในระดับ 1.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 อันดับที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการได้รับการดูแล
ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จัดเรียงตามลำดับ

ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ	อันดับที่	mean	SD
ด้านการดูแล/การพยาบาล			
1. การดูแล/การพยาบาลด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล	1	2.83	.38
2. ห่วงใยในเรื่องความต้องการพื้นฐานเช่นการกิน การนอน การขับถ่าย	1	2.83	.38
3. มีการตรวจเยี่ยมบ่อยๆ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้วยท่าทางยิ้มแย้ม	3	2.83	.48
4. ให้ความมั่นใจเมื่อตัดสินใจเลือกรับการรักษากิจการพยาบาล	3	2.83	.48
ด้านเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่ามีความหมาย			
1. ต้องการให้ญาติ หรือมิตรสหาย มาเยี่ยมสม่ำเสมอ	1	2.77	.43
2. ช่วยเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับญาติและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ	2	2.53	.57
3. ให้นำสิ่งของที่มีความหมายมาไว้ใกล้ตัว	3	2.13	.73
ด้านความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา			
1. ส่งเสริมหรือแนะนำ หรือพาไปไหว้พระ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1	2.43	.77
2. ต้องการความสงบขณะปฏิบัติกิจกรรมตามหลักศาสนา	2	2.20	.76
3. ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะแก่การปฏิบัติตามศาสนา	3	2.10	.48

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในด้านความต้องการด้านการดูแล/การพยาบาล พบว่า ต้องการการดูแล/การพยาบาลด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล ต้องการให้มีการดูแลในเรื่องความต้องการพื้นฐานเช่นการกิน การนอน การขับถ่าย ต้องการให้มีการตรวจเยี่ยมบ่อยๆ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้วยท่าทางยิ้มแย้ม และต้องการความมั่นใจเมื่อตัดสินใจเลือกรับการรักษากิจการพยาบาล ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเท่ากัน คือ 2.83

สำหรับความต้องการในด้านเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่ามีความหมาย พบว่า ต้องการให้ญาติ หรือมิตรสหาย มาเยี่ยมสม่ำเสมอ มากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.77 รองลงมาคือต้องการให้ช่วยเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับญาติและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.53 และต้องการให้นำสิ่งของที่มีความหมายมาไว้ใกล้ตัว ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.13 ตามลำดับ

และสำหรับความต้องการในด้านความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาพบว่า ต้องการการส่งเสริม แนะนำ หรือพาไปไหว้พระ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.43 รองลงมาคือ ต้องการความสงบขณะปฏิบัติกิจกรรมตามหลักศาสนา ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.20 และต้องการให้ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะแก่การปฏิบัติตามศาสนา ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (รายด้าน) ก่อนและหลังการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง

ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (รายด้าน)	การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ				t	P
	ก่อนให้การพยาบาล		หลังให้การพยาบาล			
	mean	SD	mean	SD		
ความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care needs)	2.47	.050	2.67	.046	3.55	0.001
เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่า/มีความหมาย (source of spiritual support)	2.32	.425	2.58	.362	3.76	0.001
ความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา (beliefs and religious practice)	2.07	.514	2.34	.494	3.72	0.001

จากตารางที่ 7 พบว่า ความต้องการด้านการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือ 2.47 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.50 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่า/มีความหมาย คือ 2.32 มีค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน คือ .425 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา คือ 2.07 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ .514 หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือ 2.67 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .046 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่า/มีความหมาย คือ 2.58 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .362 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา คือ 2.34 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .494

เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ความต้องการในด้านการพยาบาล ความต้องการในด้านเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่า/มีความหมาย ความต้องการในด้านความเชื่อและศาสนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ				t	P
	ก่อนให้การพยาบาล		หลังให้การพยาบาล			
	mean	SD	mean	SD		
ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ	2.30	.31	2.54	.30	4.88	0.001

ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย คือ 2.30 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.31 หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความ

ต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือ 2.54 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.30 เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง มาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่อาศัยเวลาและความต่อเนื่องในการดูแล คณะผู้วิจัยใช้เวลาในการพยาบาลประมาณ 1-1½ ชั่วโมงต่อครั้ง รวมการดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 4-5 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงมีโอกาสดำเนินการพูดคุยและสนทนากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่นอกเหนือไปจากเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของคณะผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาขณะให้การดูแลสุขภาพที่บ้านดังกล่าวนี้มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของความหมายในมิติจิตวิญญาณ (Friedman & Bono-Snell, 2004: 20-23). เป็นประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีคุณค่ายิ่ง คณะผู้วิจัยได้ทำการจัดบันทึกข้อมูลดังกล่าวแล้วนำมาวิเคราะห์แยกเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย 2) ความทุกข์และภาระของชีวิต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย

เมื่อถามถึงความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยต้องการการยอมรับ เห็นคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว ดังนี้

ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี ป่วยด้วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ให้ข้อมูลว่า รู้สึกภาคภูมิใจมากที่ได้ดำรงตนอยู่ในวิชาชีพครู จึงมีลูกศิษย์มากมาย แม้ว่าปัจจุบันจะแยกย้ายกันไปประกอบอาชีพสร้างฐานะ บางรายไปทำงานต่างประเทศยังกลับมาเยี่ยมเยียนเมื่อทราบว่าอาจารย์ป่วยหนัก

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ที่ระบุคล้ายกันว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้หนักมากที่สุดในชีวิต แม้ว่า การเจ็บป่วยจะทำให้ทุกข์ทรมานมากก็ตาม แต่ก็มีข้อดีที่ทำให้มีเวลาทบทวนชีวิตที่ผ่านมา เข้าใจชีวิตมากขึ้น มีเวลาปฏิบัติตามพระธรรมคำสอนของพุทธศาสนาได้มากกว่าในช่วงสุขภาพดี ทำให้มีความสุขใจมากกว่าตอนที่สุขภาพแข็งแรงเพราะเวลาสุขภาพดีต้องทำงานยุ่งวุ่นวายอยู่กับเรื่องการประกอบอาชีพและการสร้างครอบครัว ไม่มีโอกาสศึกษาพระธรรมคำสอนที่มีประโยชน์จึงไม่เข้าใจชีวิตที่แท้จริง

ผู้ป่วยรายหนึ่ง ให้ข้อมูลว่าการพักรักษาตัวที่บ้านทำให้ได้มีโอกาสใกล้ชิด ได้อยู่กับสิ่งที่มีความผูกพันด้านจิตใจตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลานคนแรกของผู้ป่วยซึ่งมีอายุเพียง 1 เดือน

และแมวที่ผูกพันกันมาเป็นเวลานาน ถ้าผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจะไม่มีโอกาสใกล้ชิดกับหลานและสัตว์เลี้ยงดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยกล่าวว่า “ลูก หลาน และแมวตัวนี้ให้ความหวังและกำลังใจได้มากที่สุด”

ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่มีความหวังและเชื่อมั่นว่าจะไม่ทรمانในวาระสุดท้าย และยังมีโอกาสจะได้เห็นลูกสาวเป็นฝั่งเป็นฝา (แต่งงาน) จึงมีความสุขมาก ภาวนา และต้องการไปกราบแสดงความเคารพ โดยการบนบานกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือเพื่อให้ความหวังนั้นเป็นจริง

ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์ 1 ราย พักอาศัยในชุมชนที่แวดล้อมด้วยคริสตศาสนิกชน มีคุณพ่อบาทหลวงมาให้การดูแล เยี่ยมเยียน และพูดคุยเป็นประจำในช่วงป่วยของวันศุกร์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นผู้มีความสำคัญและมีคุณค่าได้รับการดูแลเป็นอย่างดีทั้งจากครอบครัว และสังคม

ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม 1 ราย พักอาศัยในชุมชนที่แวดล้อมด้วยชาวไทยมุสลิม มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นหลานสาว ผู้ป่วยได้เล่าถึงความเชื่อตามหลักศาสนาให้ฟังว่า “เพราะคำสอนของศาสนา ทำให้ครอบครัวของเราได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน และอาหารในการมาเยี่ยมแต่ละครั้ง” จากการพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่นับถือศาสนาเดียวกัน ผู้ดูแลหลักยังมีความภาคภูมิใจที่ได้รับการยกย่องจากการที่ให้การดูแลบุพการีของตนเป็นอย่างดี

ในมุมมองของผู้ดูแลหลักที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข เนื่องจากมีความภาคภูมิใจที่มีโอกาสทดแทนบุญคุณ ได้แสดงความกตัญญูกตเวที หรือได้ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และทั้งนี้อาจเนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาด้านการเงินมากนัก ผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้จึงพยายามให้การดูแล และช่วยเหลือ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข มีอาการดีขึ้น เมื่อพยาบาลครอบครัวเข้าไปให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะอธิบายถึงความผูกพันในฐานะที่เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งสะท้อนความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน อาทิเช่น ความเอื้ออาทร ความรัก ความเข้าใจ ความปรารถนาดี ความหวังโยของผู้ดูแลที่มีให้กับผู้ป่วยได้ดี คณะวิจัยจึงบันทึกข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมาสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา โดยกล่าวว่า “การที่พ่อพักรักษาตัวที่บ้านช่วยให้เกิดความสะดวกมากกว่าช่วงเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาก เช่น เมื่อพ่อต้องการถวายสังฆทาน ทำบุญถวายอาหาร/สิ่งของแด่พระภิกษุ สงฆ์ ลูกหลานก็สามารถช่วยให้พ่อได้ทำบุญบ่อยครั้งตามต้องการ”

ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ (จำนวน 12 ราย คิดเป็น 40.0%) กล่าวว่า “การที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งต้องการได้รับการดูแลยุ่งยาก ลำบากและซับซ้อนมากกว่าปกติได้เช่นนี้ เนื่องจากระลึกถึงบุญคุณ และ/หรือคุณงามความดีที่ผู้ป่วยกระทำไว้ในยามที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยเป็นผู้มี

พระคุณ เคยให้ความช่วยเหลือ เคยเลี้ยงดู ส่งเสียให้เรียนหนังสือ แม่ในยามที่ชีวิตประสบภาวะวิกฤต ผู้ป่วยยังให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลมาตลอด ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ยามเมื่อท่านเจ็บป่วย ต้องการทดแทนบุญคุณให้ดีที่สุด”

ผู้ดูแลหลัก 1 ราย เป็นสามี (อายุ 70 ปี) ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีอาการเหนื่อยหอบ ต้องให้ออกซิเจน ไม่มีบุตรหลาน ต้องประกอบอาชีพไปพร้อมๆ กับการให้การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก กล่าวว่า “สงสารไม่มีลูกหลาน อยู่กันสองคน ตายาย ใช้วิธีการพูดคุยกันเพื่อช่วยเตือนสติให้คิดได้บ้าง ช่วงนี้อาการไม่ค่อยดีนักเหนื่อยมาก พุด 2-3 คำก็เหนื่อยแล้ว ถ้าช่วงไม่เหนื่อยก็นั่งฟังรายการวิทยุได้ จะเปิดรายการบรรยายธรรมให้ฟัง”

ผู้ดูแลหลัก จำนวน 1 ราย เป็นพี่สาว กล่าวว่า “ที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องการได้รับการดูแลด้านร่างกายอย่างมากได้เช่นนี้เนื่องจากสงสาร ดูแลกันตามมีตามเกิดไป จะปล่อยไว้ให้ถูกทอดทิ้งญาติพี่น้องคนอื่นไม่สนใจ ไปทำงานกันหมด จึงมาช่วยดูแล ถือว่าเป็นการทำบุญที่ดีกว่าไปทำบุญอย่างอื่น”

2) ความทุกข์และภาระของชีวิต

เนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน อาการอาจกำเริบและสงบลงเป็นระยะๆ เวลาที่การเจ็บป่วยทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถมีกิจกรรมที่ต้องการได้ มีความรู้สึกไร้คุณค่าและเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึงบุพพการีของผู้ป่วยบางราย ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้ให้ข้อมูลว่าการเจ็บป่วยเป็นความทุกข์และเป็นภาระของชีวิต ดังนี้

ผู้ป่วยเพศหญิง วัย 29 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กล่าวว่า “เป็นโรคที่ไม่สามารถบอกใครได้ เพราะเกรงจะถูกรังเกียจ ยกเว้นแม่เท่านั้นที่ยอมรับลูกได้อย่างไม่มีเงื่อนไข นอกจากจะไม่สามารถทดแทนบุญคุณและไม่สามารถดูแลช่วยเหลือแม่ได้ ยังต้องให้แม่ซึ่งอายุมากแล้วไม่แข็งแรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องมาดูแลช่วยเหลือลูกอีก ตอนนี้เจ็บปวด ทรมาน ไม่สุขสบายทางร่างกายอย่างมากแล้ว ยังสร้างความทุกข์ให้กับแม่ที่อายุมากอีก รู้สึกผิดมาก”

ผู้ป่วยเพศหญิง วัย 38 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก มีพี่สาวเป็นผู้ดูแลหลัก กล่าวว่า “เป็นโรคที่ทรมาน เจ็บปวดมาก แทบจะไม่สามารถยับยั้งได้เลย มีลูกสาว 3 คน แยกย้ายกันไปมีครอบครัวหมดแล้วไม่เคยมาเหลียวแล สามีจะมาเยี่ยมเดือนละ 1-2 ครั้ง ไม่แน่นอน ไม่มีใครให้ความสนใจอย่างแท้จริงเลย แม้จะต้องการไปเยี่ยมบิดา-มารดา สักครั้งก่อนเสียชีวิต ยังไปไม่ไหวเลย ต้องให้คนแก่ลำบากมาเยี่ยมแทน”

ในด้านผู้ดูแลหลักซึ่งมีความผูกพันกับผู้ป่วยน้อย และมีบทบาทหน้าที่ของครอบครัวอยู่แล้ว ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักมีมุมมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความยุ่งยากที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งทาง

ด้านการกิจประจำวัน ภาระค่าใช้จ่าย เมื่อครอบครัวมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีอาการป่วยหนักอยู่ในระยะสุดท้าย สมาชิกที่เหลืออยู่ในครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบทั้งในบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนไป เช่น การประกอบอาชีพ ภาวะเศรษฐกิจและความผาสุกในชีวิต และเหนือกว่านั้นคือกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ผลกระทบต่างๆ ดูเหมือนจะเป็นทวีคูณความรุนแรงมากขึ้น ในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีผู้ดูแลหลักให้ข้อมูลว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นความทุกข์และเป็นภาระของครอบครัว สรุปเป็นประเด็น ได้ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก 1 ราย (อายุ 26 ปี) เป็นหลานนำของผู้ป่วยโรคมะเร็งสมองอาศัยอยู่กับพี่น้องและหลาน เนื่องจากสามีและลูกแยกครอบครัวไปแล้ว ผู้ป่วยมีอาการไข้ ชักเกร็งบ่อยๆ ผู้ดูแลหลักให้การดูแลความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวลดไข้ ให้อาหารทางสายยาง ให้ออกซิเจน ดูดเสมหะด้วยเครื่อง และดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ กล่าวว่า “มีแต่ญาติพี่น้องเท่านั้นที่ให้การดูแลช่วยเหลือในยามทุกข์ยาก ถ้าอยู่บ้านพอมีเวลาก็จะดูแลผู้ป่วยแต่ถ้าไม่มีเวลาก็ให้ผู้ป่วยรอก่อน แต่เชื่อมั่นว่าทุกคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านเข้าใจดีเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยดูแลให้ความช่วยเหลือใครมาก่อนเลย ใช้ชีวิตอยู่กับการพนันทั้งวันทั้งคืนเมื่อมีเงินก็ไปเที่ยวกับเพื่อนฝูง ไม่เคยดูแลลูกหรือสามีมาก่อน

ผู้ดูแลหลัก 1 ราย เป็นภรรยา (อายุ 45 ปี) ดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอ ต้องทำแผล ดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง ให้ออกซิเจนเป็นบางครั้ง กล่าวถึง “เชื่อว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดแล้ว แต่ทุกคนในครอบครัวต้องปรับตารางเวลาใหม่ โดยดิฉันให้การดูแลผู้ป่วยก่อนไปทำงาน ช่วงกลางวันให้คุณยายเป็นผู้ดูแล ช่วงเย็นลูกสาวจะอยู่กับคุณพ่อ รอดิฉันกลับจากการทำงานมาดูแลต่อ เป็นเช่นนี้ตลอด บางครั้งเครียดมากที่ผู้นำของครอบครัวป่วยหนัก ทั้งปัญหาทางด้านการเจ็บป่วย การปรับตัวของครอบครัว การเงิน ก็จะบ่นและพูดต่อว่าผู้ป่วยเพื่อระบายความเครียด”

ผู้ดูแลหลัก 1 ราย เป็นภรรยา (อายุ 43 ปี) ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสมอง นอกเหนือจากการดูแลความสะอาดร่างกายแล้วต้องให้อาหารทางสายยาง ให้ออกซิเจน ดูดเสมหะด้วยเครื่อง และทำแผลที่คอ ฯลฯ กล่าวว่า “ไม่มีทางเลือกจำเป็นต้องดูแล เพราะสังคมคาดหวังว่าคนเป็นภรรยาต้องดูแลสามี ตอนนีรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากต้องการผู้ช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นเช่นกัน แต่ไม่มีใครช่วยได้ ความอดทนก็มีขีดจำกัดเหมือนกัน”

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

กิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ซึ่งคณะผู้วิจัยประมวลจากแบบสอบถาม พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลครอบครัวเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งมีความหลากหลายค่อนข้างมาก คณะผู้วิจัยจึงแบ่งกิจกรรมการดูแลออกเป็น 3 ด้าน คือ 1). ด้านความต้องการในการดูแล/

การพยาบาล 2). ด้านความต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่า/มีความหมาย 3). ด้านความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา โดยมีรายละเอียดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. การเยี่ยมดูแลผู้ป่วย การสัมผัส และการแสดงความรู้สึกเอื้ออาทร เข้าใจความทุกข์/ลำบากของผู้ป่วย การพูดคุยสนทนาเรื่องความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย ความเชื่อ และการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณได้ต่อไป

2. การให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ ภาวนา โดยอาจต้องการมีผู้นำสวดมนต์ให้หรือผู้ป่วยสวดมนต์เองแล้วแต่สภาพของผู้ป่วย หรือการอ่านหนังสือธรรมะ พระคัมภีร์ และสือ หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ

3. การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือให้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ หรือการส่งเสริมให้พระสงฆ์หรือบุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่บ้านเป็นครั้งคราว

4. ส่งเสริมการจัดหาให้มีวัตถุมงคลต่างๆ รูปภาพบุคคล/สิ่งของที่ผู้ป่วยศรัทธาмаอยู่ใกล้ตัว หรืออยู่ในบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้เพื่อที่จะระลึกถึงและทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ

5. การสาธิตการดูดเสมหะและให้ญาติผู้ดูแลหลักสาธิตย้อนกลับ

6. การให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (tracheostomy tube)

7. การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวด

8. การทำแผล และสาธิตการดูแลผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม

9. การใส่สายสวนปัสสาวะ (retain Foley's catheter)

10. การใส่สายยางให้อาหาร (NG tube)

11. การสาธิตการทำแผลกดทับและให้ญาติสาธิตย้อนกลับ

12. การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบไตเทียม (hemodialysis) และการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบ CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

13. การดูแลอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยภายหลังได้รับรังสีรักษา/ฝังแร่

14. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ O₂

ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณไม่สามารถแยกออกจากการพยาบาลในด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ป่วยได้ การดูแลสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้ง พยาบาลครอบครัวจะต้องประเมินปัญหาและความต้องการ ก่อนนำมาจัดลำดับความสำคัญ โดยพิจารณาในเรื่องของความรุนแรงของปัญหาและการตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แล้วจึงให้การพยาบาลตามลำดับก่อนหลัง

นอกเหนือจากการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งคณะผู้วิจัยประมวลจากแบบสอบถามและสรุปเป็นรายข้อดังกล่าวข้างต้นแล้วนั้น ยังพบว่ามีข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และของผู้ดูแลหลักที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยซึ่งรวบรวมจากบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน คณะผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับความทุกข์ทรมานในความรู้สึกผิดที่เป็นตราบาปในใจ

ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นการกระทำผิดของตนเอง และเพราะความผิดพลาดนี้เองทำให้ต้องป่วยด้วย โรคเอดส์ ได้รับการศึกษาจบระดับปริญญาตรี นอกจากไม่มีโอกาสตอบแทนบุญคุณบิดา มารดาแล้ว ยังต้องทำให้มารดาที่มีอายุมากมาดูแลตนเองอีก ในประเด็นนี้พยาบาลควรใช้เวลาผู้ป่วยเพื่อการ ฟินิจพิเคราะห์ว่า โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ผู้ป่วยประสบนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านมานานแล้ว เป็นชะตา ลิขิตของแต่ละคน ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว แต่สามารถอยู่ในสถานการณ์เช่นนี้อย่างเป็นสุขได้ด้วยการ รับรู้และยอมรับสิ่งที่เป็นอย่างนี้ในขณะนี้และอนาคตอันใกล้ โดยกำหนดใจให้รับรู้สิ่งที่เป็นอย่างจริง ในขณะเวลานั้น จะช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ดี และการทำความเข้าใจในมุมมองที่มารดา ของผู้ป่วย มนุษย์ที่เป็นมารดาได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตเป็นบทบาทที่งดงามที่สุดของผู้หญิงที่มีลูก ป่วยหนัก นั่นคือ ได้ช่วยเหลือดูแลลูกที่เจ็บป่วย สำหรับตราบาปที่มีในจิตใจของผู้ป่วยเรื่องการปิด บังโรคเอดส์กับสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากกลัวการรังเกียจและอาจต้องย้ายที่อยู่อาศัยนั้น พยาบาลครอบครัวให้ข้อเสนอแนะและใช้เวลาผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการเปิดเผย ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ และคาดหวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิกิริยาเป็นอย่างไร แล้ว จึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะบอกความจริงแก่สมาชิกในครอบครัวหรือไม่ สำหรับกรณีเช่นนี้พยาบาล ครอบครัวควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าพยาบาลครอบครัวตระหนักและยอมรับความแตกต่างในวิธี การเผชิญปัญหาและการเลือกตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละรายเสมอ ไม่ตัดสินการกระทำของผู้ป่วยว่า ถูกหรือผิด และจะให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในประเด็นดังกล่าวจะ ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นสุขและสงบได้มาก

การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการทำภาระที่ยังค้างค้างให้สำเร็จลุล่วง

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายเป็นความเจ็บป่วยที่นับวันจะรุนแรงมากขึ้น ทำให้ความ หวังว่าจะสามารถไปเยี่ยมบิดา มารดาก่อนถึงวาระสุดท้ายของในความคิดของผู้ป่วยดูเหมือนจะยู่ งยากมากและไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลให้การปรึกษากับผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นพี่สาวของผู้ป่วยเพื่อ หาวิธีที่เหมาะสมและสะดวกที่สุดแล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจ สำหรับผู้ป่วยรายนี้เลือกการโทรศัพท์ไปพูด คุยเล่าเรื่องราว บอกความต้องการต่างๆ กับบิดา มารดาทราบ ผู้ป่วยได้รับการปลอบโยน ให้กำลังใจ และให้คำมั่นจะหาโอกาสมาเยี่ยมต่อไป

การดูแลผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นภรรยาของผู้ป่วย เชื่อว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดแล้ว แต่บางครั้งก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดจากการที่ผู้นำของครอบครัวป่วยหนักอย่างมากทั้งปัญหาทางด้านการเจ็บป่วย การปรับตัวของครอบครัว การเงิน พยาบาลจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพพัฒนาการของผู้ป่วย และเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานสิ่งผู้ดูแลหลักต้องการคือกำลังใจ ที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น หรือความสูญเสียที่จะมาถึง พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของภรรยาและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องสูญเสียสามีซึ่งเป็นหัวหน้าของครอบครัวในอนาคตอันใกล้

ในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน แม้พบว่าสมาชิกในครอบครัวจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านแล้วก็ตาม แต่การที่พยาบาลครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลครอบครัวมีมุมมองด้านวิชาชีพซึ่งครอบคลุมศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ที่อาจมีแนวคิดและมุมมองแตกต่างจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากพยาบาลครอบครัวจะต้องประเมินคุณลักษณะของบุคคลตั้งแต่อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ตลอดจน ปรัชญาชีวิต พยาบาลที่มีความเข้าใจในคุณลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้งสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ดูแลหลักหรือลูกหลานเข้าใจปัญหา เอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยในการแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวของตน และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ตรงกับความจริง ความศรัทธา ความเชื่อ และการนับถือศาสนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยย่อมมีความสุขทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวและเกิดการยอมรับต่อความตายที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดี

บทวิจารณ์

การวิจัย เรื่อง ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งมีที่พักอาศัยในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนเมษายน 2546 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ในการอภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน จำนวน 30 ราย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 22 ราย คิดเป็น 73.3% เพศชาย จำนวน 8 ราย คิดเป็น 26.7% อายุน้อยที่สุดคือ 29 ปี มากที่สุดคือ 92 ปี ซึ่งคุณลักษณะด้านอายุและโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแบ่งเป็นสองกลุ่มได้อย่างชัดเจนคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ 83.3% เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง คิดเป็น 16.7% อายุต่ำกว่า 60 ปี เป็นผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องทั้งหมด ซึ่งเป็นโครงสร้างลักษณะอายุและการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในสังคมไทยปัจจุบัน และเนื่องจากประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จึงพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 28 ราย คิดเป็น 93.4% ศาสนาคริสต์ จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% และศาสนาอิสลาม จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% ซึ่งจำนวนผู้นับถือศาสนาพุทธในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่ในชุมชนเขตบางพลัดมากที่สุดจำนวน 12 ราย คิดเป็น 40.0% และน้อยที่สุดอยู่ในเขตบางซื่อ จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% ในด้านเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่ตอบว่าพอใช้ จำนวน 20 ครอบครัว คิดเป็น 66.7% และที่ระบุว่า ไม่พอใช้มีจำนวน 10 ครอบครัว คิดเป็น 33.3% ผู้ป่วยในกลุ่มไม่พอใช้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่าเมื่อครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่รายได้ของครอบครัวคงเดิมและ/หรือลดลงในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ป่วย แต่ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยทำให้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวเด่นชัดมากขึ้น

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 ราย คิดเป็น 93.3% เพศชาย จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของผู้ป่วย จำนวน 16 ราย คิดเป็น 53.4% เป็นคู่สมรสจำนวน 10 ราย คิดเป็น 33.3% เป็นมารดา จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% เป็นพี่สาว จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% เป็นเพื่อนบ้าน จำนวน 1 ราย คิดเป็น

3.3% ทั้งหมดเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและ/หรือเคยได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมาก่อน

ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ปัจจุบันยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านในสังคมไทย แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้นในต่างประเทศ โดยมีการศึกษาทั้งประเทศในยุโรปและอเมริกา อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยพบความต้องการด้านจิตวิญญาณในส่วนที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างในประเด็นต่างๆ หลากหลายประเด็น จึงขอนำเสนอในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ความต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ มากที่สุดคือ ต้องการการยอมรับจากคู่สมรส ลูกหลาน เพื่อน ในระดับ 2.97 รองลงมาคือ ต้องการความรักและความเข้าใจจากคู่สมรส ลูกหลาน เพื่อน ในระดับ 2.93 และต้องการญาติ/เพื่อนมาเยี่ยม อยู่ในระดับ 2.80 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคู่สมรสลูกหลาน เพื่อน มากกว่าที่จะเป็นบุคลากรที่มสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ขอบใช้ (2536) ที่พบว่าคู่สมรส จะเป็นสิ่งที่ให้ความหมายในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง เนื่องจากเป็นบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ช่วยปฏิบัติการกิจที่ให้ความหมายแก่ชีวิต เช่น การทำบุญ การตักบาตร ให้กับผู้ป่วย และคล้ายคลึงกับการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และศาสนาของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐ โดย คิงส์ และคณะ (Kings, et al., 2004) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 71 % ที่ให้ความสำคัญกับความเชื่อด้านศาสนา และสามารถทำนายความสัมพันธ์ระหว่างอาการและอาการแสดงทางคลินิกกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณที่ได้จากการแสดงออกโดยการกระทำ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ความคิดเกี่ยวกับการหมดหวังกับระยะสุดท้ายของชีวิตและรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับความตาย

เมื่อพิจารณาแบบสอบถามเรื่องบุคคลหรือแหล่งของเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ บุคคล หรือแหล่งของเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน ศาสนวัตถุ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน ญาติ เพื่อน/มิตรสหาย นักบวช พระสงฆ์ ผู้สอนศาสนา และพยาบาลและแพทย์ ตามลำดับ แม้จะไม่มีการศึกษาที่มาสสนับสนุนเรื่องแหล่งของเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ แต่มีผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของนารายานาซามี่ (Narayanansamy, 2002: 1461-1470) เกี่ยวกับกลไกการเผชิญกับความ ต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคร้าย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 15 ราย เพศชายจำนวน 10 ราย เพศหญิงจำนวน 5 ราย พบว่าการมีชีวิตอยู่กับประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมาน ในระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายยอมแพ้ ต้องการร้องขอความช่วยเหลือและติดต่อกับสิ่งที่เชื่อว่ามีอำนาจเหนือกว่า และรายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพิ่มโดยระบุว่า การรับรู้ การ

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์ ภาวนา ซึ่งเป็นการสร้างศรัทธา และช่วยในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาด้านความต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ/สิ่งที่มีคุณค่า/มีความหมายพบว่า ผู้ป่วยต้องการให้ญาติ หรือมิตรสหาย มาเยี่ยมสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการให้พยาบาลช่วยเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับญาติและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ ต้องการให้นำสิ่งของที่มีความหมายมาไว้ใกล้ตัว ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเหียง เฟรนช์ และเหลียง (Yeung, French & Leung, 1999: 350-357) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยระยะสุดท้าย 11 แห่ง ในเกาะฮ่องกง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย กล่าวถึงความต้องการในด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการควบคุมอาการ 2) ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ 3) ต้องการความหวัง 4) ต้องการมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ 5) ต้องการมีความมั่นคงและรู้สึกปลอดภัย และ 6) ต้องการมีเพื่อน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2003) ที่ศึกษาการความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน และยุโรป-อเมริกัน จำนวน 28 ราย ผู้ซึ่งเข้ารับการรักษาทันทีแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 2 แห่ง ในรัฐเซตตะวันตกเฉียงใต้ สหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างแบบเชิงลึก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ออกเป็น 7 ประเด็น คือ 1) ต้องการการช่วยเหลือจากญาติ 2) ความต้องการเชิงบวกจากความหวัง 3) ความกตัญญูทวด 4) ต้องการให้และได้รับความรัก 5) ต้องการทบทวนความเชื่อ 6) ค้นหาความหมายของชีวิต และ 7) ต้องการเชื่อมโยงหลักศาสนากับการเตรียมตัวก่อนตาย สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลมีความต้องการคล้ายคลึงกับผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวได้ประเด็นหลักที่มีความใกล้เคียงกับค่านิยมของคนในสังคมไทย โดยเฉพาะในเรื่องความกตัญญูทวดที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพประเพณี ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของสังคมไทย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยต่อไปได้

ความต้องการด้านความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

ข้อมูลความต้องการในด้านความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการส่งเสริม แนะนำ หรือพาไปไหว้พระ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ต้องการความสงบขณะปฏิบัติกิจกรรมตามหลักศาสนา และต้องการให้ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะแก่การปฏิบัติตามศาสนา หรือตัวอย่าง มารดาที่ดูแลลูกซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งมักนับพร่องร่วมกับอาการแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องการให้ผู้แทนทางศาสนาและ/หรือสมาชิกในโบสถ์มาเยี่ยมและให้กำลังใจ มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกป่วยอยู่ที่บ้าน ขอให้แม่มนต์พระมาพูดคุยให้กำลังใจและช่วยสวดมนต์ให้ ลูกก็มีความสุขมากแล้วเพราะต้องการสวดมนต์และกราบพระ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอ ไบรอน ดอนเลย์ เฟลเฮอร์ตี และจอห์นสตัน (O'Brien, Donley, Flaherty &

Johnstone. 1986: 313) ที่ศึกษาเรื่องศรัทธาในศาสนากับการปรับตัวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 126 ราย พบว่า 78% ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในด้านความเชื่อและศาสนา โดยพบว่าความเชื่อมั่นในศาสนามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญการเจ็บป่วย และวิธีการรักษาที่ต้องปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาตลอดเวลา ศรัทธามีความสำคัญมากที่สุดสำหรับความสามารถในการเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของนารายานาซามิ (Narayanasamy, 2002: 1461-1470) เกี่ยวกับกลไกการเผชิญความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ต้องการสวดมนต์และภาวนา โดยระบุว่าการสวดมนต์นอกจากจะช่วยให้สามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยได้ดีแล้วยังเป็นแหล่งของความหวัง ความแข็งแกร่ง และความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกด้วย พยาบาลและผู้ดูแลควรเข้าใจ ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธา

ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ จำนวน 12 ราย คิดเป็น 40.0% กล่าวว่า เนื่องจากระลึกถึงบุญคุณและ/หรือคุณงามความดีที่ผู้ป่วยกระทำไว้ในยามที่มีสุขภาพแข็งแรง จึงต้องการทดแทนบุญคุณอย่างดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอคตันและมิลเลอร์ (Acton & Miller, 2003: 117-130) ที่ศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณในผู้ดูแลของครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล (caregivers) จำนวน 9 ราย การศึกษานี้พบว่า แม้ว่าผู้ดูแลจะต้องพบกับประสบการณ์ที่ยุ่งยากและความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย แต่ถ้าตระหนักถึงศรัทธาและคุณค่าของชีวิตแล้ว นอกจากจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดและความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้แล้วยังสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเมตตามากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยหนักที่มีอาการกำเริบเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลหลักมักจะเกิดความตึงเครียด ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้อีกมากมาย จากการดูแลสุขภาพที่บ้านของคณะวิจัยพบว่า บางครอบครัวมีวิธีการแบ่งเบาความเหน็ดเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วยได้หลายกรณี เช่น จัดแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ หรือจัดตารางเวลาในการดูแลผู้ป่วยออกเป็นช่วงๆ เวลา/วัน ตามจำนวนของญาติ พี่น้อง และ/หรือลูกหลาน ที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลัก หรือในบางครอบครัวมีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวเพียงคนเดียวไม่สามารถแบ่งเบาบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้ ควรจัดให้มีเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพทำหน้าที่ทดแทนให้บางส่วน บางช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชื่นชอบ เช่น การไปเดินเล่น ช็อปปิ้งส่วนตัว ไปวัดเพื่อทำบุญ อ่านหนังสือ ฯลฯ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาสำหรับผ่อนคลาย และพักผ่อนเป็นการช่วยลดความเครียดได้ดี

สำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสถานภาพและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเมื่อ

จำเป็นต้องสูญเสียสมาชิกของครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสำคัญมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซานคาร์ (Sankar, 1991: 257) ที่ระบุว่าประสบการณ์ชีวิตที่มีผลต่อจิตใจของผู้ดูแลมากที่สุดในชีวิต คือความรู้สึกรับรู้ได้ในขณะที่ดูแลญาติที่กำลังจะเสียชีวิต ปัญหานี้เกิดเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมพร้อมพร้อมกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ และเพื่อหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่สะท้อนใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบครัวไม่พึงประสงค์ดังกล่าว พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การปรึกษาและวางแผนร่วมกันกับครอบครัวในทุกๆ ช่วงของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และควรเตรียมสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวให้มีความพร้อมยอมรับความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้เป็นอย่างดี

ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในด้านความต้องการด้านการดูแล/การพยาบาล พบว่า ต้องการการดูแล/การพยาบาลด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล ต้องการให้มีการดูแลในเรื่องความต้องการพื้นฐานเช่นการกิน การนอน การขับถ่าย ต้องการให้มีการตรวจเยี่ยมบ่อยๆ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้วยท่าทางยิ้มแย้ม และต้องการความมั่นใจเมื่อตัดสินใจเลือกรับการรักษาหรือกิจกรรมพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สไตลส์ (Stiles, 1990) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของมโนคติหลักของพยาบาลและญาติผู้สูญเสียสมาชิกของครอบครัว โดยการสัมภาษณ์จากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จำนวน 11 ราย และญาติผู้สูญเสียสมาชิกของครอบครัว จำนวน 12 ราย พบว่า ครอบครัวมีความยินดีเมื่อพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้าน และระบุว่า พฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล คือ การรับรู้ และการรับฟังความคิด ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว และการให้คำอธิบาย การบอกข้อมูล การให้ความรู้ที่ละเอียดลึกซึ้ง ไวต่อความรู้สึกของญาติโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับกระบวนการตาย

เมื่อพิจารณาในประเด็นด้านจริยธรรมของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมแล้ว การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากของพยาบาล โดยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตา เอื้ออาทรในการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ความเครียดวิตกกังวลแล้วยังต้องให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาความทุกข์ลำบากของผู้ดูแลหลักทั้งในด้านอุปกรณ์สำหรับการดูแล การรักษาพยาบาล เวลา และการมีส่วนร่วมเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาของการสูญเสียสมาชิกที่มีความผูกพันกันมายาวนานได้อย่างราบรื่นมากที่สุด

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการในด้านการพยาบาล ความต้องการในด้านวัตถุ สิ่งของที่มีความหมาย และความต้องการในด้านความเชื่อและศาสนา ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.05 สำหรับการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน ไม่พบพบว่าการศึกษาลักษณะที่คล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยนารายานาซามี่ และโอเวนส์ (Narayanasamy & Owens, 2001: 446-455) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่ออธิบายถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และบทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 115 ราย โดยแบ่งเป็น พยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 85 ราย พยาบาลจิตเวชจำนวน 22 ราย พยาบาลเด็กจำนวน 8 ราย ข้อสรุปจากการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างในระบบความเชื่อและการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการดูแลด้านจิตวิญญาณนี้สามารถทำให้เกิดความสอดคล้องกันมากที่สุดระหว่างศรัทธาและความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว เพราะเป็นการเชื่อมโยงความต้องการด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณไว้อย่างกลมกลืนและสมดุล และพยาบาลผู้ให้การดูแลรู้สึกพึงพอใจในบทบาทการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการพยาบาลแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

ข้อเสนอที่คณะวิจัยได้จากการศึกษาครั้งนี้ และข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคตมีดังนี้

1. ด้านบริหารการพยาบาลและด้านปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวม การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านเกิดประสิทธิผลมากที่สุดได้นั้นควรมีการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องซึ่งสามารถแยกเป็นรายละเอียดได้ดังนี้

1.1 ควรจัดให้มีการประชุมทางการพยาบาลในประเด็นเกี่ยวกับ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ ให้กับพยาบาลและผู้ที่มีเกี่ยวข้องส่วนกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลครอบครัว

1.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านจะต้องเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พระและ/หรือตัวแทนทางศาสนา เป็นต้น

1.3 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณจะต้องเป็นส่วนหนึ่งแผนงานที่สำคัญของพยาบาลครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.4 พยาบาลครอบครัวควรให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เนื่องจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ในขณะเดียวกันพยาบาลผู้ให้การดูแลสามารถรับรู้ตระหนักในคุณค่าของตนเองพึงพอใจในบทบาทการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เพราะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความเข้มแข็ง มีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

1.5 จัดให้มีแหล่งประโยชน์ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ฯลฯ เป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีอีกทางหนึ่ง

1.6 จัดให้มีระบบส่งต่อที่ชัดเจนจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน และจากศูนย์บริการสาธารณสุขสู่โรงพยาบาล โดยมีการประสานงานด้านข้อมูลอาการ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยและแผนการรักษาทั้งอดีตและปัจจุบันอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

2.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน มีประเด็นที่ต้องยอมรับว่าการดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ดูแลหลักเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลครอบครัวจะต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าโรคและอาการต่างๆ จะเกิดจากผู้ป่วยโดยตรงก็ตาม เพราะผู้ดูแลที่มีสุขภาวะที่ดีเท่านั้นที่จะมีความพร้อมและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมีประสิทธิภาพสูงสุด การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรครอบคลุมถึงผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

2.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว และ/หรือผู้ดูแลหลัก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และอาการของโรคมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ พยาบาลมีความจำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะการดูแล ให้กับผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สร้างความมั่นใจ เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย การดูแลจากทีมสุขภาพควรเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งต่อไปควรเน้นในด้านการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกในครอบครัว

2.3 ควรมีศึกษาถึงความแตกต่างของความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และบทบาทของผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.4 ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ พยาบาลควรสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มาพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ ความหมายและเป้าหมายของชีวิต จะ

เป็นปัจจัยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิตเช่นเดียวกัน จะมีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกที่ลึกซึ้งได้ดี

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ในการจัดการศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลอนามัยชุมชนที่เน้นการพยาบาลครอบครัว ควรมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมในวัตถุประสงค์ของหลักสูตรอย่างชัดเจน เพื่อให้ระบบการศึกษาช่วยปลูกจิตสำนึกและเห็นความสำคัญของการดูแลบุคคล โดยครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้ง 4 บทบาทหลัก คือ บทบาทการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ และที่สำคัญคือทำให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1. มีหลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และ/หรือการเจ็บป่วยในระบบต่างๆ ในทุกระดับการศึกษาของวิชาชีพการพยาบาล

3.2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการพยาบาลด้านจิตวิญญาณควรเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดแผนการพยาบาลของพยาบาล และรายงานการเยี่ยมบ้านของพยาบาลครอบครัว ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้าน

3.3. อาจารย์พยาบาลทุกคนควรเป็นต้นแบบที่ดีในการเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณทั้งแก่นักศึกษาและพยาบาล ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยในสถานพยาบาลและที่พักรักษาตัวที่บ้าน

3.4. อาจารย์พยาบาลต้องเป็นผู้นำในการเขียนตำรา และทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายการดูแลบุคคลแบบองค์รวม

3.5. การทำวิจัยด้านการพยาบาลในสถาบันการศึกษา โดยให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ช่วยวิจัย ช่วยเพิ่มประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการวิจัยให้กับนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี

4. ด้านการวิจัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานและความเชื่อของวัฒนธรรมไทย ยังเป็นประเด็นที่ยังต้องการให้มีการศึกษาด้วยระเบียบวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นนามธรรม มีความลึกซึ้งละเอียดอ่อน การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม หรือการซักถามให้ผู้ป่วยตอบตามกรอบที่กำหนดไว้ จะได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงในระดับหนึ่งเท่านั้น คณะผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พูดคุยทุกครั้งที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงได้ประเด็นและแนวคิดเพิ่มเติม มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

4.1. ควรมีการติดตามศึกษากลุ่มตัวอย่างต่อไปเพื่อเปรียบเทียบการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นระยะๆ โดยการสัมภาษณ์แบบใช้แบบสอบถามที่มีคำตอบให้เลือก และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview)

4.2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรมไทย

4.3. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ เพื่อให้เกิดการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เด็ก หรือผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้) ผู้ป่วยจิตเวช และในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย คือทั้งการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง

4.4. มีการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาและความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้านและที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในสาขาต่างๆ โดยครอบคลุมถึงปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล และหรือสมาชิกในครอบครัว

4.5. มีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาล และความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

4.6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ การพัฒนาที่ดีที่สุดจะต้องมีความสอดคล้องและต่อเนื่องทั้งในระดับของการกำหนดนโยบาย แผนการปฏิบัติงาน และการศึกษาวิจัย

การวิจัย เรื่อง ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินทางด้านจิตวิญญาณ การวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การวางแผนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับที่มากน้อยแตกต่างกันขึ้นกับอาการการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ทศนคติ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุข สงบ มีความพร้อม สามารถเผชิญกับการพลัดพราก การสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้อย่างมีความมั่นคงในอารมณ์ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ตั้งอยู่บนกรอบพื้นฐานของศาสนาและวัฒนธรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามการดูแลด้าน

จิตวิญญาณเพียงด้านเดียวคงไม่เพียงพอ และไม่สามารถเลือกกระทำได้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลครอบครัวมีความจำเป็นต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวและสมาชิกเป็นหน่วยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด และเป็นหน่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยมากที่สุดด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ทุกคนในบ้านเคารพนับถือ และ/หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านของสมาชิกในครอบครัวยังเป็นการแสดงความกตัญญูกตเวทีของสมาชิกครอบครัวอีกด้วย พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องช่วยส่งเสริม สนับสนุนสมาชิกของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ตารางเวลา การทำงาน และกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวให้พร้อมรับการเจ็บป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงในทางที่รวดเร็วในในเวลาต่อมา เพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. วารสารสมาการพยาบาล, 15 (3), 55-64.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และคณะ. (2544). ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลที่ทำงานในสังกัดของกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาการพยาบาล, 16(4), 12-27.
- บุปผา ชอบใช้. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พยาบาลแห่งประเทศไทย, สมาคม. (2533). การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ ณ อาคารพิทยพัฒน์ 26-27 พฤศจิกายน 2533 นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พินิจ รัตนกุล. (2547). จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. วารสารเกื้อการณย์, 11(1), 3-9.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. (2543). สำมะโนประชากรและเคหะ. ศาสนา เพศและเขตการปกครอง กรุงเทพฯ: มปส.
- Bauer, T., & Barron, C. R. (1995) Nursing Interventions for Spiritual Care. Journal of Holistic Nursing, 13(3), 268-279.
- Cason, V. B. (1989). Spiritual development across the life span. In V. B. Carson (Ed.), Spiritual dimensions of nursing practice. Philadelphia: W.B. Saunders, 8, 24-51.
- Fahlberg, L. L., & Fahlberg, L. A. (1991). Exploring spirituality and consciousness with an expanded science: Beyond the ego with empiricism, phenomenology, and contemplation. American Journal of Health Promotion, 5(4), 273-281.
- Friedman, J., & Bono-Snell, B. (2004). Palliative Care in Home Care: A Model for Practice. Caring, 23(6), 20-23.
- Acton, G. J., & Miller, E. W. (2003). Spirituality in Caregivers of Family Members With Dementia. Journal of Holistic Nursing, 21(2), 117-130.
- George, O'Connor, & Droppleman, (1996). A course in health care spirituality. Journal of Nursing Education, 35(8), 375-377.
- Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. Journal of Advanced Nursing, 27(9), 836-684.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients: Nurse and patient perspectives. Cancer Nursing™, 15(1), 1-8.

- Kings, M., Speck, P., Thomas, A. (2001). The Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs: development and validation of a self-report. Psychological Medicine, 31(6), 1015-1023
- Meraviglia, M. G. (1999). Critical Analysis of Spirituality and Its Empirical Indicators. Journal of Holistic Nursing, 17(1), 18-33.
- Miller, J. F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. Journal of Professional Nursing, 1(2), 79-85.
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to spiritual need of their patients. Journal of Advanced Nursing, 33(4), 446-455.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanism in chronic illness: A qualitative study. British Journal of Nursing, 11(21), 1461-1470.
- Neuman, B. (1995). The Neuman System Model. (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton Lange.
- O'Brien, M. E., Donley, R., Flaherty, M., & Johnstone, B. (1986). Therapeutic options in end-stage renal disease: A preliminary report. ANNA Journal, 13(6), 313-318.
- Pyenson, B., & et al. (2004). Medicare Cost in Matched Hospice and Non-Hospice Cohorts. Journal of Pain and Symptom Management, 28(3), 200-210.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. Research in Nursing & Health, 15(5), 349-357.
- Sankar, A. (1991). Dying at home: A Family Guide for Caregiving. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 257.
- Stiles, M. K. (1990). The Shining Stranger: Nursing-Family spiritual relationships. Cancer NursingTM, 13(4), 235-245.
- Taylor, E. J. (2003). Spiritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers. Cancer NursingTM, 26(4), 260-266.
- World Health Organization. (1990). Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Yeung, E. W. F., French, P., & Leung, A. O. S. (1999). The impact of hospice inpatient care on the quality of life of patients terminal ill with cancer. Cancer NursingTM, 22(5), 350-357

บรรณานุกรม

- ประกาศแพทยสภา.(2539). เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2539 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2539
- พระคริสตธรรมในประเทศไทย. (2534). พระคริสตธรรมคัมภีร์: ภาคพันธสัญญาเดิมและพันธสัญญาใหม่. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพระคริสตธรรม.
- พระไพศาล วิสาโล. (2545). จิตวิญญาณกับสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา) กระทรวงสาธารณสุข (กันยายน 2545).
- เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สถาบัน. (2543). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สถาบัน. (2543). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สุจิตรา รณธีน. (2540). ศาสนาเปรียบเทียบ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดวงแก้ว.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ยมจินดา. (2546) กฎหมายการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- Burkhardt, M. A. (1993). Characteristics of spirituality in the lives of women in a rural Appalachian community. Journal of Transcultural Nursing, 4(2), 12-18.
- Burnard, P. (1988). Searching for meaning. Nursing Times, 84(37), 34-36.
- Callister, M. L. C., Semenik, S., & Foster, J. C. (1999) Cultural and Spiritual Meanings of Childbirth. Journal of Holistic Nursing, 17(3), 280-295.
- Clark, C. C., & et al. (1991) Spirituality: Integral to quality care. Holistic Nursing Practice, 5(3), 67-68.
- Ellerhort-Ryan, J. M. (1985). Selecting an instrument to measure spiritual distress. Oncology Nursing Forum, 12(2), 93-99.
- Forbis, P. A. (1988). Meeting patients' spiritual need. Geriatric Nursing, 9(5), 158-159.
- Gordon, M. L. (1985). Manual of Nursing Diagnosis. Toronto: McGraw-Hill.
- Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness. Journal of Holistic of Nurses' Accociation, 15(1), 82-96.
- Hatteenrat, S., Tangsubkul, N., Chatrkaew, k., & Suampun, U. (2001). Ethics in care for dying patients. In Phaosavasdi, S.,Taneepanichskull, S., Tannirandorn, Y., Awajanepong, J. (Eds.). Medical Ethics: Varieties. Bangkok: Ogilvy Public Relations. 158-162.
- Henery, N. (2003). Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. Journal of Advanced Nursing, 42(6), 550-557.

- Kemp, C. (1994). Spiritual care in terminal illness. The American Journal of Hospice & Palliative Care, 11(14), 31-36.
- Kociszewski, C. (2003). A phenomenological Pilot study of the Nurses' Experience Providing Spiritual care. Journal of holistic Nursing, 21(2), 131-148.
- McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. Journal of Clinical Nursing, 13(3), 934-941.
- Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. Journal of Advanced Nursing, 46(2), 152-161.
- Merriam – Webster's collegiate dictionary. (10th ed.). (1993). Springfield, M.A: Merriam – Webster.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, Religiousness and hope among women with breast cancer. Image: Journal of Nursing Scholarship, 24(4), 267-272.
- Narayanasamy, A. (1999). A review of spirituality as applied to nursing. International Journal of Nurse Studies, 36(12), 117-125.
- Narayanasamy, A. (2004). Response to the spiritual need of older people. Journal of Advanced Nursing, 48(1), 6-16.
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. British Journal of Nursing, 13(19), 1140-1144.
- National Thai Nurses Association. (1991). Spiritual Care. Presented at the spiritual care conference, Bangkok: Thailand.
- Piles, C. L. (1990). Providing spiritual care. Nursing Educator, 15 (1), 36-41.
- Pullen, L., Tuck, I., & Mix, K. (1996). Mental health nurses' spiritual perspectives. Journal of Holistic Nursing, 14 (2), 85-97.
- Reed, P. G. (1998). A Holistic View of Nursing Concepts and Theories in Practice. Journal of Holistic Nursing, 16(4), 415-419.
- Ross, K. E. (1996). Death and dying. New York: Mc Millan.
- Ross, L. A. (1997). Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. Journal of Advanced Nursing, 26(8), 710-715.
- Ruzicka, S. A. (1998). Pain Beliefs. Journal of Holistic Nursing, 16(3), 369-382.
- Sellers, S. C., & Haag, B. A. (1998) Spiritual Nursing Interventions. Journal of Holistic Nursing, 16(3), 338-354.
- Sodestrom, K., & Martinson, I. (1987). Patient's spiritual coping strategies: A study of nurse and patient perspectives. Oncology Nursing Forum, 14(2), 41-46.

- Strannahan, S. (2001). Spiritual perception, attitudes, about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. Western Journal of Nursing Research, 23(1), 91-104.
- Sanchia, A. (1999). Global Perspectives on Palliative Care. Cancer NursingTM, 22(1), 33-39.
- Taylor, E. J., Maetha, H., & Amenta, M. (1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. Cancer NursingTM, 17(6), 479-487.
- Ungprapan, V., Chaiseree, P., & Suampun, U. (2001). Ethics and Euthanasia: Attitude towards death, and choice, medical and legal aspect. In Phaosavasdi, S., Taneepanichskull, S., Tannirandom, Y., Awajanepong, J. (Eds.). Medical Ethics: Varieties. Bangkok: Ogilvy Public Relations. 156-157.
- Weisman, A. D. (1985). Thanatolog. In Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry 2. Baltimore: Williams & Wilkins. 1277-1286.

ภาคผนวก

Spiritual needs of the dying patients in hospice home care

Tipseankhum N. RN, M. Sc,* Tongprateep T. RN, Asst.Prof, D. Sc,**
and Pitagsavaragon P. RN, M. Ed**

*Kuakarun College of Nursing, Department of Medical Service,
Bangkok Metropolitan Administration*

Abstract

Aims of the study: The aims of the study were to study the spiritual needs of the dying patients at home and to find out the differences of before and after spiritual care for the dying patients at hospice home care.

Background: The dying patients who are seriously ill and hopeless. Although some of the patients did not need hospitalization, they did need continuing hospice home care in order to maintain their quality of life at low cost. Spiritual care is an essential element of holistic nursing care and is an indicator of quality care. Nurses should provide compassionate care in order to support and encourage dying patients to cope with their physical, psychosocial and spiritual problems. The main focus of spiritual care is for the patient to have an understanding of the dying process with it being a part of life to be experienced with a peaceful mind.

Methods: This study is a quasi-experimental research using a one group before and after Design. Thirty dying patients were recruited by purposive sampling. The subjects were dying patients who lived in the community under the care of the Bangkok Metropolitan Health/Hospital Administration. Approval to conduct this study was granted by the Ethics Committee for Researches involving Human Subjects, Bangkok Metropolitan Administration. All of the participants were informed of their rights and their written consent was obtained. The data collection tools utilized in this study were a personal data sheet and a spiritual care need form, which consisted of 3 parts: 1) spiritual care need, 2) source of spiritual support, and 3) spiritual beliefs and religious practice. There were 38 dying patients participating in the study. During the data collecting process, 8 patients died and were unable to complete the study. The researcher provided nursing care interventions once a week for 4-5 weeks. The data relating to spiritual needs was collected by interviewing the dying patients before and after hospice home care activities. The descriptive statistics used for analysis were frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation and paired t-test.

Findings: The findings of this quasi-experimental research revealed that the dying patients receiving spiritual care intervention had a higher score of satisfaction with home care after the intervention-significant value of $p = 0.001$. The results suggest that spiritual care is a major component of holistic nursing care for the dying patients at home by more encouraging caregivers and relatives, for the patient will gain the spiritual needs. From this study, hospice home care should be provided to dying patients in the community to meet their spiritual needs. Furthermore, spiritual care for the dying patients is a sensitive practice. Any study or research must be conducted both quantitative and qualitative views. Spiritual care is a major component of holistic nursing care for the dying patients at home. Body, mind, social and spirit must be cared together at the same time by encouraging caregivers and relatives for the patient will gain the spiritual needs.

Key words: spiritual needs, hospice home care, end-of-life care

* Department of Public health Nursing. e-mail address: Tipseankhum@hotmail.com

** Department of Medical-Surgical Nursing

Introduction

Nowadays, the advance of medical science and technology help the patients live longer. Hence, the number of chronic illness patients and hopeless patients are increased accordingly. On the other hand, the costs of medical services are increased and cause a big problem to the patients and their families. According to the government policy, health budget injects to health promotion and disease prevention and control much more than treatment and medicine. So, the budget for curing chronic illness patients and the dying patients is not varied as the number of them. The expense for the end stage cancer patients is rather higher than any others. The study by Pyenson, et al. (2004: 200-210) about the expense for curing and caring until died of the hopeless patients who registered in medicine Hospice Benefit in USA during the year 1998–2000, comparing the expense for the dying patient with different 16 kinds of disease classified by ICD–9–CM. It was shown that, in average, the highest expense for curing and caring was for heart failure patients at 46,793 us. Dollar per person (SD 41.136) and the second was for ovarian cancer patients at 45,296 us. Dollar per person (SD 35.946). Although there was no study like this in Thailand but when considering by economics principles and situations it was rather high also. Basic belief of Thai people, they want to have the dying patients stay at home with their closed relatives until the last breathes. In the past Thai families were extended families, family members encountered the stage of birth, illness, aging and dying together. Family members learned the way to care each other from birth until the last minute of life at home. They didn't put modern medical treatment instead the warm care that they wanted to give to the dying patients. So, when there were no hoping windows for the patients, they were discharged from hospital to home care which used less money than hospitalization.

Spiritual care for the dying patients is a sensitive matter. The patients have big difficulties of physiological organ function so they need more love, care and tender touch from spouse, siblings, relatives, and friends than other stage of illness. The patients have sensitive feeling, need spiritual trust and want to do merit playing.

This study aimed to investigate the spiritual needs of the dying patients at hospice home care, on basic concept that these patients were well looked after until the end of life, and to identify key factor of needs for promoting the development of holistic spiritual nursing care.

Key words definition

Dying patients: The patients who were diagnosed to be in the last stage of illness/diseases and had only less than 6 months to be alive, or, the patients who were sick from incurable diseases, or the one who suffered from the severity of disease or the patient who received only palliative care.

Spirituality: Spirituality was the philosophy of life style, moral, religious doctrines, belief or else that help the patients to have meaningful or goal of life, hope and inspiration,, helps them alive in harmonization with peace natural situation and environment (Miller,1995; Read,1992). Moreover, spirituality was also an important factor of human being, just to link with other part of man to be completely functioned (Newman, 1995).

Spiritual nursing care: Spiritual Nursing Care was the nursing practice using nursing process to take care of the dying patients and to response their belief, faithfulness, merit making or any practice to promote the meaningful of life in order to help them face with illness and can live in familiar surroundings peacefully.

Spiritual Needs: Spiritual Needs were the needs to have spiritual care when the patients were at dying period. It is composed of spiritual care needs, source of spiritual support and beliefs, and religious practices.

spiritual needs assessment: assessment tool developed by Highfield (1992) which spiritual needs was divided into 3 parts: 1) Meaningful and goal of life. Inspiration and hope 2) Relationships with others, environment and 3) super natural things.

Methods

The quasi-experimental research was conducted in one group before and after design. Just to find out the spiritual care needs of the dying patients before and after receiving the spiritual nursing care at home.

Hypothesis: The needs of spiritual care for the dying patients at hospice home care were different, comparing before and after intervention.

Sample and Setting: Sample group were the patients who lived at home in Bangkok, and were diagnosed to be the hopeless and had shorter than 6 months to be alive or the patients who were sick from incurable diseases or patients who were seriously suffer from illness, and received only palliative care. They had to be able to communicate with others and consent to be a sample group. Gender, nationality, religion, and economic status had no restriction in this study. Sample group contains 30 persons. There were 8 patients left early from the study because of death.

Data Collections: Data were collected from the sample group during April 2003 to November 2004 by researcher and well-trained researcher assistances. The research team visited the sample group at home once a week, 4–5 times, according to their conditions. Observation of spiritual care were measured 1st visit and last visit as mention in figure 2.

The quality and quantity data were collected in the same questionnaire. Quality data identified the meaning, hoping, life experiences, beliefs, trust and faithful of the dying patients which implied to spiritual care needs assessment and was collected at the first 2-week. Quality data were used for nursing process; nursing diagnosis, nursing care plan, nursing practice and nursing evaluation. Quantity data were sorted into ordinal scale to analyze the difference between spiritual needs of the dying patients before and after nursing intervention. The process of Spiritual Nursing intervention was as follows:

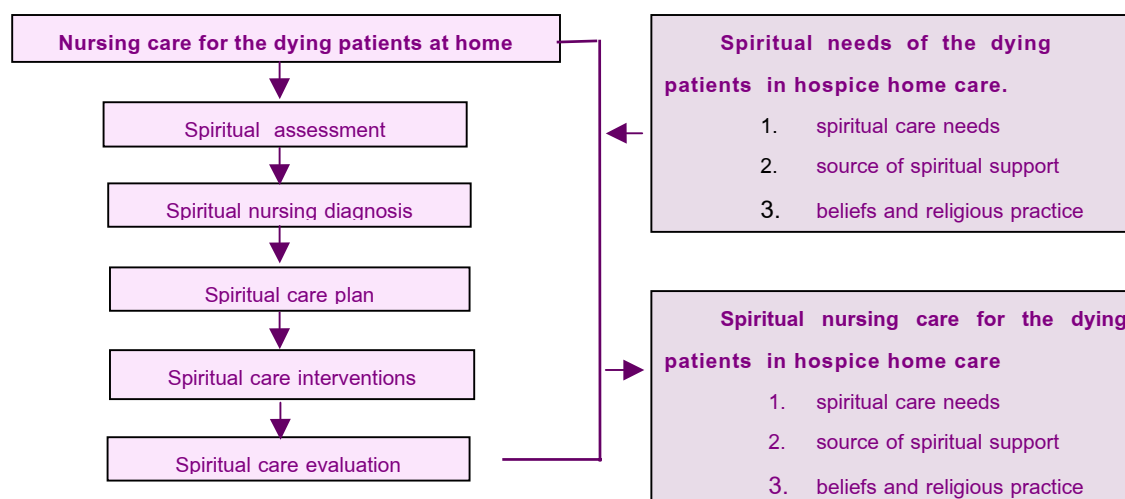


figure 1: research model

Since the assessment of spiritual care needs of the dying patients was very sensitive for their emotions and feelings, trust and relationships between nurses and the patients and their families were very important to the quality of collected data. Nursing process was approached step by step throughout the course of spiritual nursing care. Research team set home visit plan as shown in the diagram below.

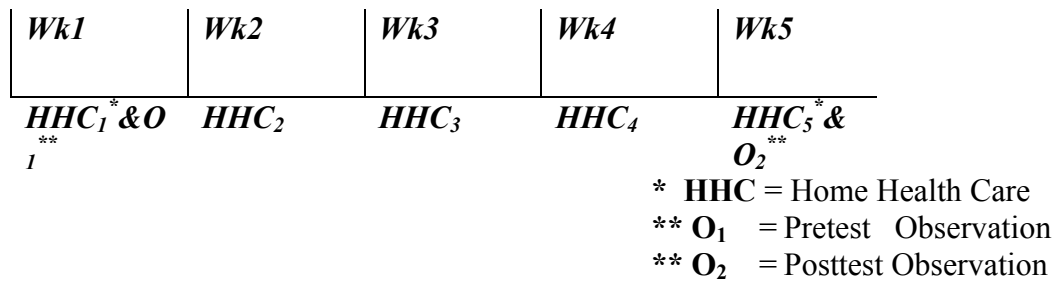


figure 2: intervention plan

HHC1 & O1 was the first time of home health care visit and pretest to assess the spiritual care needs.

HHC2 was the second time of home health care.

HHC3 was the third time of home health care.

HHC4 was the forth time of home health care.

HHC5 & O2 was the last (fifth) time of home health care and post test to assess the spiritual care needs.

Data Analysis: Data were analyzed by computerized instant social program for statistics and social study in form of frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The level of statistic significant was at 0.5.

Results

The demographic characteristic of the sample were found that the gender were 22 female (73.3%) and 8 male (26.7%). Age, there were 9 persons (30.0%) age between 71–80 years, 8 persons (26.7%) age between 61–70 years and 5 persons(16.7%) age between 81-90 years. Religions, 28 persons were Buddhism (93.4 %). The others were 1 Christianity and 1 Muslim (3.3 % each). Income level, 20 persons (66.7%) reported that they had insufficient incomes while only 10 persons (33.3%) reported sufficiently. Living pattern, 17 persons (56.7%) lived with their families and siblings, 11 persons (36.6%) lived with spouses and 2 persons(6.7%) reported of living alone. Family Relationship very good Family Relationship was found in 17 persons (56.7%). 9 persons (30.0%) reported of fair and 4 persons (13.3%) reported of poor. Main Caregiver, the main caregiver of 13 persons (43.3%) were their daughter, 10 persons (33.3%) were their spouses, 3 persons (10.0%) were their siblings, 2 persons (6.7%) were their mothers 1 person was her sister and the last person was neighborhood. Feeling of siblings towards the patients, 14 patients (46.7%) reported that siblings treated them as the spiritual support. 5 patients (16.7%) were treated as parenthood, 4 persons (13.3%) were as consultants, 4 persons (13.3%) were as dying period persons, 2 persons (6.7%) were as responsibility and 1 person (3.3%) were as useless person. (table1)

Table 1 Number and percentage of the dying patients distribution by demographic characteristics

data		No (person)	percentage(%)
gender			
	female	22	73.3
	male	8	26.7
	total	30	100
data		No (person)	percentage(%)
age			
	≤ 40 years	3	10

41-50 years	1	3.3
51-60 years	1	3.3
61-70 years	8	26.7
71-80 years	9	30
81-90 years	5	16.7
> 91 years	3	10
total	30	100
Religions		
Buddha	28	93.4
Christ	1	3.3
Islam	1	3.3
total	30	100
Caregiver		
daughter/son	13	43.4
spouse	10	33.3
grandchild	3	10.0
mother	2	6.7
sister	1	3.3
neighbor	1	3.3
total	30	100
Siblings' feeling for being caregiver		
Source of psychological support	14	46.7
Parenthood Respected person/ virtuous person for paying gratitude	5	16.7
Guidance	4	13.3
As burdensome	4	13.3
no special meaning	3	10.0
total	30	100

The number and percentage of the dying patients distribution by diseases were found that there were 5 patients (16.7%) with cancer of cervix, 3 patients (10%) with cancer of brain, 3 patients (10%) with cancer of colon, a patient with cancer of liver, a patient with cancer of prostate gland, and a patient with cancer of esophagus(3.3% each). There were 5 patients (16.7%) with AIDS, 4 patients (13.3%) with COPD 2 patients (6.7%) with pneumonitis, a CVA patient and a heart failure with Parkinson & blindness patient 3.3% each). (table 2)

Table 2 Number and percentage of the dying patients distribution by diseases

data	No (person)	percentage(%)
Cancer - cervix	5	16.7
- brain	3	10.0
- colon	3	10.0
- liver	1	3.3
- prostate gland	1	3.3
- esophagus	1	3.3
AIDS	5	16.7
Liver failure	3	10.0

4
13.4

Table 2 Number and percentage of the dying patients distribution by diseases (cont.)

data	No (person)	percentage(%)
COPD	4	13.3
Pneumonitis	2	6.7
CVA	1	3.3
Heart failure, Parkinson, blindness	1	3.3
total	30	100

The number and Percentage of sample group distributed by belief and religious practices. were found that (table 3) Style of merit practices: 15 patients (50.0%) did in various styles, 4 patients (13.3%) gave things and money to others, 3 patients (10.0%) prayed, 3 patients (10.0%) gave food to monk in the morning, 2 patients (6.7%) listened Dhamma from radio and television, 1 patient (3.3%) meditated and the other two did nothing.

Consequence of meritorious acts: 8 patients (26.7%) found that it help them were peaceful mind, 8 patients (26.7%) said it encouraged them to be a good persons, 4 patients (13.3%) said it help them to understand Dharma/the nature of life, 4 patients (13.3%) said it made them happy, 3 patients (10.0%) said it encouraged them not to hurt/take an advantage on others, 1 patient (3.3%) said it do not have any special feeling. and 2 patients (6.7%) said it's source of psychological support.

Frequency of doing merit practices: 17 patients (56.7%) did it uncertainty and irregular while 13 patients (43.3%) did regular.

The most pride in life of the patients: 8 patients (26.7%) reported of having a good families, 8 patients (26.7%) reported of having closed relationship to take care of, 5 patients (16.7%) reported of both having happy closed relationship with spouse/siblings, 2 patients (6.7%) reported of being able to help one self, 1 patient (3.3%) reported of being in good health, 1 patient (3.3%) reported of going to the Megga, 1 patient (3.3%) reported of being a ssoldier for the country and the last 4 patients (13.3%) said they do not have any special feeling.

The most serious concern: 9 patients (30.0%) concerned of their illness, 5 patients (16.7%) concerning with their siblings, 4 patients (13.3%) concerned their family budget, 4 patients (13.3%) concerned of siblings' relationship, 2 patients (6.7%) concerned of they can't paying gratitude with their parents, 2 patients (6.7%) concerned of their loneliness, 1 patient (3.3%) concerned to visit their parents and the last (3.3%) nothing serious conce.

Their future plan: 5 patients (16.7%) wanted to lean on themselves, the other five (16.7%) wanted to have warm families, 6 patients (20.0%) wanted to do merit practice, 4 patients (13.3%) wanted to give goodness to parents and relatives in return, 3 patients (10.0%) wanted to have siblings' visit, 2 patients (6.6%) wanted to return request to super-natural thing, and the last 5 patients (16.7%) wanted to do nothing.

Table 3 Number and Percentage of sample group distributed by belief and religious practices.

data	No (person)	percentage(%)
Style of merit practices		
Gave things and money to others	4	13.3
Chanted	3	10.0
Gave an alms to the monk	3	10.0
Listened Dharma from radio and television	2	6.7
Meditated	1	3.3
Various styles	15	50.0
Did nothing	2	6.7

Table 3 Number and Percentage of sample group distributed by belief and religious practices. (cont.)

data	No (person)	percentage(%)
Consequence of meritorious acts		
Peaceful mind	8	26.7
To be a good person	8	26.7
Understanding Dharma/ the nature of life	4	13.3
Having happiness	4	13.3
Do not hurt/take an advantage on others	3	10.0
Do not have any special feeling	1	3.3
Source of psychological support	2	6.7
total	30	100
Frequency of doing merit practices		
Did uncertainty and irregular while	17	56.7
Did regular	13	43.3
total	30	100
The most pride in life		
Having a good family	8	26.7
Having closed relationship with caregiver	8	26.7
Having closed relationship with spouse/siblings	5	16.7
Being able to help one self	2	6.7
Being in good health	1	3.3
Going to the Megga	1	3.3
Being a soldier for the country	1	3.3
Do not have any special feeling	4	13.3
total	30	100
The most serious concern		
Illness	9	30.0
Concerning with their siblings	5	16.7
Family budget	4	13.3
Siblings' relationship	4	13.3
Can't paying gratitude with their parents	2	6.7
Loneliness	2	6.7
Illness & budget	2	6.7
To visit their parents	1	3.3
Nothing serious concern	1	3.3
total	30	100
The future plan		
To lean on themselves	5	16.7
To have warm families	5	16.7
To do merit practice	6	20.0
To repay kindness to their parents and relatives	4	13.3
To have siblings' visit	3	10.0
To return request to super natural thing	2	6.6
To do nothing	5	16.7
total	30	100

This study was found that: the first spiritual needs of the patients were the acceptance from spouse, siblings, and friends ($x=2.97$). The second was love and understanding from spouses, siblings, and friends($x=2.93$). The third was visiting from siblings, relatives and friends($x=2.83$), and the last was forgiving from spouses, siblings, relatives and friends ($x=2.73$). (Table 4)

Table 4 Sequence, mean and standard deviation of spiritual needs of the dying patients

Spiritual needs of the dying patients	sequence	mean	S.D
1. need acceptance from spouse sibling and friends	1	2.97	.18
2. need love and understand from spouse sibling and friends	2	2.93	.37
3. the relatives and friends to visit them	3	2.83	.38
4. need forgive from spouse sibling and friends	4	2.73	.69

Spiritual care needs (table 5) were divided into 3 dimensions; dimension of caring and nursing, dimension of spiritual support, and dimension of belief and religious practice. It was found that :

In dimension of caring and nursing, the need of Tender and warm of caring / nursing ($x=2.83$) and Physiological Needs i.e. food, rest, elimination, Taking care of ($x=2.83$) were the first needs. The frequency of home visit/giving advice and consultant with smiling manner ($x=2.83$) and giving assurance when making decision on treatment and nursing care ($x=2.83$) were the third needs.

In dimension of spiritual support, frequency of visits by relatives / friends was the first need($x=2.77$). The second was making connection with relatives and health team ($x=2.53$) and the third was bringing meaningful things for life by their sides($x=2.13$).

In dimension of belief and religious practice, giving advise or promotions or bringing to merit practice was the first need ($x=2.43$). The second was need of peace while having religious practices ($x=2.20$) and the third was have environment arrangement to be peaceful and suitable for chanting ($x=2.10$).

Table 5 Ranking order, mean and standard deviation of spiritual care needs of the dying patients

Spiritual needs of the dying patients	sequence	mean	S.D
Dimention of spiritual care needs			
1. caring with tender touch	1	2.83	.38
2. physiological care i.e. nutrition, relaxation, elimination	1	2.83	.38
3. home health care, counseling and advising under the kind manner	1	2.83	.38
4. to ensure patient family to have proper decisions on treatment and nursing care respectively	1	2.83	.38
Dimention of source of spiritual support			
1. the relatives and friends to visit them	1 1	2.77	.43
2. the nurse to mediate between patients and relatives and health team	2 2	2.53	.57
3. getting merit things by him/her side	3 3	2.13	.73
Dimention of beliefs and religious practice			
encouraging or bringing them to temple or playing merit	1 1	2.43	.77
no-disturb during chanting or meditations	2 2	2.20	.76
have environment arrangement to be peaceful and suitable for chanting	3 3	2.10	.48

The mean of each spiritual need in 3 dimensions after receiving spiritual nursing care was higher than before. The difference of mean was statistic significantly (p-value .001). Thus, it was clearly shown that mean of spiritual needs before and after receiving spiritual nursing care were different at statistic significant level. (table 7)

Table 6 Comparision spiritual care before and after intervention, mean and standard deviation of the dying patients distributed by dimation of spiritual

Spiritual needs of the dying patients	spiritual cares				t	P
	Pre-intervention		Post-intervention			
	mean	SD	mean	SD		
spiritual care needs	2.47	.050	2.67	.046	3.55	0.001
source of spiritual support	2.32	.425	2.58	.362	3.76	0.001
beliefs and religious practice	2.07	.514	2.34	.494	3.72	0.001
Spiritual needs of the dying patients (total)	2.30	.31	2.54	.30	4.88	0.001

Since home health care for the dying patients took time and had to be continuously. It took about 1 hours for each visit. Apart from data in questionnaires, researcher team also got additional information such as

1. The most needed from families and caregivers were the needs for acceptance, self esteem and the patients' importance as found in:-

A 68 years male patient with cancer of liver at end stage reported that he was proud to be an instructor with a lot of students. These students, even though earning for life in foreign country, still had time to visit him as soon as they knew that he was seriously ill.

One Christian patient stayed in Christian community. Priest visited her and talked to her every Friday afternoon. It raised his self-esteem; for him, it meant that he had good taking care of from family and society.

One Islamic patient stayed in Muslim community. Her main caregiver was siblings. She believed that her family received support from neighborhood because he concentrated in religious practice. She felt no abandon, moreover, she received financial support, foods every time the neighbors visited hers. After talking with neighbors who had the same religions, main caregiver receive acceptance from good taking care of grand parent.

Three patients said the same that this time was the most seriously ill for them. Though sickness made them suffer, but they had time to review all the good things in their life and understood it. They felt happier than they were healthy because at the time of healthiness they were very busy with earning and had no time to study Dharma and did not understand real life.

Two patients who hoped for less suffer before die and waiting for their daughter's marriage asked for their needs from super natural thing and wanted to play respect to him.

2. Spiritual needs and spiritual care in caregivers' opinion were:-

Caring for the patients by focusing on the needs of belief and religious practice, it was better for the patients to be at home. When the patients want to give things or foods to monks, they did it conveniently and as much as they wanted.

When asking about reasons for caring of the dying patients, caregivers said that they wanted to reflect the good feeling of tenderness, love, care, understanding, and well wishing to the patients as found in:

Twenty caregivers (40.0%) said that taking care of the dying patients were very complicated. They did it because they did not want to leave the patients. At the time when the patients were healthy, they brought them up, let them learn and even helped them when they faced critical period of life. So, they wanted to repay kindness to the patients.

3. When the disease progressed seriously, it made the patients be dependent because they were not able to help themselves. They also felt guilty to lean on family members as found in:

A 29 years old, female patient with AIDS said that she was sick from top secret disease. She was afraid to have others know except her mother who accepted her with no conditions. The patient was sorry for making trouble to her and had no chance to take care her mother who was sick from Hypertension. She felt bad when thinking that, apart from the mother's sickness, she suffered hers.

A 38 years old female patients with cancer of cervix, who had her sister as main caregiver, said that she was seriously ill, had severe pain and no one could touch her body. She had 3 daughters; they had their own families and neglected her. Her husband visited her 1 – 2 times a month, uncertainly, and no one interested her. She had no chance to visit her parents and they visited her instead, that made her feel guilty.

4. When one family member got seriously ill, the others got results from the changing of the patients' roles and responsibilities. Those results reflected the role and responsibilities of family members, working life, finance and happiness in the family. Furthermore, if the patients were head of the families, the outcomes of sickness would be increasingly serious.

One 45 years old, main caregiver was a wife. She took care of tracheostomy patient with naso-gastric tube feeding and O₂ inhalation from time to time. She said she believed that the patient received the best care but family members had to change their life timetable. She took care of the patient before going to work. Grandmother took care of the patient during daytime. Grandmother read Dhamma out loud in order that he heard clearly. After school, his daughter was with him until the main caregiver, his wife, came back and look after the patient through out the night. The family suffered from sickness of the family's leader, mal-adjustment of some family members, and financial problem. They, sometimes, talked about these problems to the patient.

A 43 years old caregiver was a wife of the patient with cancer of brain. She looked after the patient's general hygiene, N-G tube feeding, O₂ inhalation, secretion suction and tracheotomy dressing. It was her duty to take care of the patient because it was the social expectation that wife had to take care husband. She was very tired, wanted helper and wanted care also but there was no one and she had limited patience.

Spiritual care for the dying patient at home

To reach for the spiritual needs of the dying patients at home, Home Health Care Nurse had to assess the relationship between human nature and nationality, race, religion, language, culture, tradition and philosophy of life. Nurses had to understand the patients' background in order to response their needs properly. Buddhists believe in former life while Muslims believe in God and his test, that effect upon their illness and their adjustment which are different. Home health care nurses and Caregivers must understand these points so that they can response the spiritual needs appropriately and consistency with their faith, belief and religious practices. The patients can fulfill their spiritual needs which will effect in adjustment and can encounter to the death better, it also create trust and assurance.

To face with pain forces the dying patients to lean on someone or something for hoping that they will them suffer less.

Some patients felt guilty. She said she was sick from AIDS because of her unsafe sex behavior. She had no chance to take care her parents in return. Home health care nurse pointed out that all the things passed and could not be turned back. To accept the situations now and in the future could release mental distress. To understand the mother's feeling of trying to do her best in taking care the illness daughter could help her feel better. For something secret like HIV infected, the patient ought to assess their attitudes before telling

family members the truth. The health team accepted that the patient had her own way to cope with the problems.

The end-stage patient with cervical cancer hoped to go back home and wanted to visit her parents for the last time; but she had no chance to do that. Nurse set up choices for her and her sister, main caregiver, to choose the best. At last, the patient called on her parents and the parents promised to visit her soon after. That was the last thing the patient wanted to do.

One main caregiver, who was the patient's wife, said that she tried her best to take care him. Sometimes, she was serious because she had to cope with her husband's illness, family adjustment and financial problem. Nurse had to give spiritual care for both patient and caregiver, in order to encourage caregiver in caring the patient and preparing her to face with the death of family leader.

Discussion

In Thailand, there is no special study about spiritual needs of the dying patient when they are at home. Kings et al, 2004 studied the spiritual and religious belief of the patients at emergency room. It was found that 71% of the patients believed in religions and the behaviors that reflected the religious belief could predict signs and symptoms. For example, the quality of life of cancer patients based on the belief of death and dying. In this study, it was also found many interesting issues as followings:

The dying patients needed acceptance from spouse, siblings, and friends most ($x=2.97$). Next were love and understanding from spouse, siblings, and friends ($x=2.93$) and visiting of relatives and friends ($x=2.80$). It was clearly seen that the patients' needs were more from spouse, siblings, and friends than from health team. Consistency with Chobchai's study (1993), it was found that spouses were the most meaningful persons for the aged patients with cancer because they gave love and hopefulness and they helped them to do merit practices such as giving food to monks.

When asking the sample patients about persons or things connecting to spirit, they said that they needed family members such as spouses, siblings, or something like Buddhist image, Cross of Jesus, or relatives and friends, monks and priest and nurse and health team. In Narayanasamy's study, 15 patients were interviewed about mechanism of spiritual needs in chronic illness. It was found that to live with long term illness and suffering made the patients give up, needed helps, and wanted to communicate with something super natural. Nurses helped them by accepting them, and let them pray. These led to good trust and good relationship with the patients and their families.

It was also found in this study that the dying patients needed to get spiritual care. They needed tender touch, basic physiological needs such as nutrition, rest, elimination. They also needed frequently visit, advice and consultant under smiling manner, and good decision making on choosing nursing services and remedies. According to Stiles' study, 11 nurses and 12 relatives of the death were interviewed about nursing concepts. It was found that nurses' knowledge, giving and taking behaviors, greeting manners, listening to family members, giving advice and explanation and being sensitive to relatives' feeling of dying process were the main concepts.

Results of this study revealed that the patients needed frequently visit from relatives and friends. They also wanted nurses to be a media to connect them with relatives and health personnel, and brought meaningful things besides them. Yeung, French & Leung, 1999:350-357 collected data from 11 the end stage patients' ward in Hong Kong. 52 patients were asking about their needs. The needs were divided into groups i.e. need to control symptoms, need of emotional and mental support, need of hope, need of self reliance, need of safe and security, and need to have friends. Consistency with Taylor

(2003), his study aimed to identify the spiritual needs of the cancer patients and their families. 28 African-American and European-American patients in 2 government hospital in the southwest of America were indepth interviewed. Data were collected in form of constructed questionnaires and tape recording. Spiritual needs were divided into 7 items i.e. 1.) Help from relatives 2.) Positive hope 3.) Gracefulness 4.) Give and take love 5.) Belief reviewing 6.) Meaningful of life and 7.) Connecting religious principles with dying period. Both patients and caregivers had the same idea. These findings could be adopted into Thai tradition, culture, belief, and religions and could be basic knowledge for spiritual nursing care.

The patients needed to follow religious principles. They wanted to be encouraged and wanted someone to bring them to merit places. They wanted peaceful places for religious practice. As in the case of mother who looked after her AIDS daughter, she wanted the visit from priest. The mother said that "I have sick daughter at home. Only the priests visit her, talk to her and pray for her are enough. My daughter wants to pray." This was consistent with the study of religious faith and adjustment of 126 chronic renal failure patients by O'Brien, Donley, Flasherly & John stone in 1986. It was found that religious belief related with confrontation to illness and patients' behavior of following treatment. Trust had the most meaningful for capacity to face dying and death.

The twenty caregivers (40.0%) said that they thought of the good things that the patients did to them when they were healthy. As in Gayle & Earline study about the spirit of caregivers (2003), nine caregivers of alzheimer patients were interviewed. It was found that although the caregivers had to face complicated situations and difficulties in taking care of the patients, they thought about the good things they used to get from the patients. Thus, love in the patients helped them to manage everything easily.

Enhancing potential of the caregivers and preparing them to face with death were 2 main factors to be done. Sankar (1991) studied the experiences of caregivers and found that the most serious experience was the sad feeling while taking care for the dying relatives. This feeling was very strong if the caregivers had no preparation to face with. So, nurses had to give enough information about how to look after the dying patients, advised and planned together with the families.

The spiritual nursing care is the ethic issue. It is very important and it means holistic care that nurses ought not to neglect. Nurses must help the patients relieve from physical illness, and help caregivers relieve from difficulties in using medical equipment, spending extra time for the patients and doing personal duties. These help the families pass the moment of sadness with less trouble.

The differences of spiritual needs before and after spiritual nursing care

Mean score of spiritual needs of the dying patients in nursing care and treatment, meaningful things, and belief and religion before and after spiritual nursing care were statistic significantly different. There were only the study of Narayanasamy and Owens that focus on spiritual needs and nurses' role in caring the dying patients, and collected data by interviewing 115 nurses; 38 nurses from adult care, 29 nurses from continuing care, 18 nurses from community care and 22 nurses from Psychiatric care unit. The results concluded that there were really differences between belief and spiritual care. Faith and trust can connect physiological, mental, social and spiritual needs together in balancing manner. Nurses' role satisfaction in spiritual nursing care was the main component of holistic nursing.

Conclusion

Spiritual care is a major component of holistic nursing care for the dying patients at home. Body, mind, social and spirit must be cared together at the same time by encouraging caregivers and relatives for the patient will gain the spiritual needs. Discharge care plan

will ensure the continual care. Furthermore, spiritual care for the dying patients is a sensitive practice. Any study or research must be conducted both quantitative and qualitative views.

Bibliography

- Acton, G. J., & Miller, E. W. (2003). Spirituality in Caregivers of Family Members With Dementia. Journal of Holistic Nursing, 21(2), 117-130.
- Bauer, T., & Barron, C. R. (1995) Nursing Interventions for Spiritual Care. Journal of Holistic Nursing, 13(3), 268-279.
- Burkhardt, M. A. (1993). Characteristics of spirituality in the lives of women in a rural Appalachian community. Journal of Transcultural Nursing, 4(2), 12-18.
- Burnard, P. (1988). Searching for meaning. Nursing Times, 84(37), 34-36.
- Callister, M. L. C., Semenic, S., & Foster, J. C. (1999) Cultural and Spiritual Meanings of Childbirth. Journal of Holistic Nursing, 17(3), 280-295.
- Cason, V. B. (1989). Spiritual development across the life span. In V. B. Carson (Ed.), Spiritual dimensions of nursing practice. Philadelphia: W.B. Saunders, 8, 24-51.
- Chobchai, B. (1993). Spiritual need of the elderly cancer patients. Unpublished Master of nursing 's thesis, Khonkhane University, Thailand.
- Clark, C. C., & et al. (1991) Spirituality: Integral to quality care. Holistic Nursing Practice, 5(3), 67-68.
- Ellerhort-Ryan, J. M. (1985). Selecting an instrument to measure spiritual distress. Oncology Nursing Forum, 12(2), 93-99.
- Fahlberg, L. L., & Fahlberg, L. A. (1991). Exploring spirituality and consciousness with an expanded science: Beyond the ego with empiricism, phenomenology, and contemplation. American Journal of Health Promotion, 5(4), 273-281.
- Forbis, P. A. (1988). Meeting patients' spiritual need. Geriatric Nursing, 9(5), 158-159.
- Friedman, J., & Bono-Snell, B. (2004). Palliative Care in Home Care: A Model for Practice. Caring, 23(6), 20-23.
- George, O'Connor, & Droppleman, (1996). A course in health care spirituality. Journal of Nursing Education, 35(8), 375-377.
- Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. Journal of Advanced Nursing, 27(9), 836-684.
- Gordon, M. L. (1985). Manual of Nursing Diagnosis. Toronto: McGraw-Hill.
- Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness. Journal of Holistic of Nurses' Association, 15(1), 82-96.
- Hatteenrat, S., Tangsubkul, N., Chatrkaew, k., & Suampun, U. (2001). Ethics in care for dying patients. In Phaosavasdi, S., Taneepanichskull, S., Tannirandorn, Y., Awajanepong, J. (Eds.). Medical Ethics: Varieties. Bangkok: Ogilvy Public Relations. 158-162.
- Henery, N. (2003). Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. Journal of Advanced Nursing, 42(6), 550-557.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients: Nurse and patient perspectives. Cancer NursingTM, 15(1), 1-8.
- Kemp, C. (1994). Spiritual care in terminal illness. The American Journal of Hospice & Palliative Care, 11(14), 31-36.
- Kings, M., Speck, P., Thomas, A. (2001). The Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs: development and validation of a self-report. Psychological Medicine, 31(6), 1015-1023
- Kociszewski, C. (2003). A phenomenological Pilot study of the Nurses' Experience Providing Spiritual care. Journal of holistic Nursing, 21(2), 131-148.

- McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. Journal of Clinical Nursing, 13(3), 934-941.
- Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. Journal of Advanced Nursing, 46(2), 152-161.
- Meraviglia, M. G. (1999). Critical Analysis of Spirituality and Its Empirical Indicators. Journal of Holistic Nursing, 17(1), 18-33.
- Merriam-Webster's collegiate dictionary. (10th ed.). (1993). Springfield, M.A: Merriam-Webster.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, Religiousness and hope among women with breast cancer. Image: Journal of Nursing Scholarship, 24(4), 267-272.
- Miller, J. F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. Journal of Professional Nursing, 1(2), 79-85.
- Narayanasamy, A. (1999). A review of spirituality as applied to nursing. International Journal of Nurse Studies, 36(12), 117-125.
- Narayanasamy, A. (2004). Response to the spiritual need of older people. Journal of Advanced Nursing, 48(1), 6-16.
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. British Journal of Nursing, 13(19), 1140-1144.
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to spiritual need of their patients. Journal of Advanced Nursing, 33(4), 446-455.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanism in chronic illness: A qualitative study. British Journal of Nursing, 11(21), 1461-1470.
- National Thai Nurses Association. (1991). Spiritual Care. Presented at the spiritual care conference, Bangkok: Thailand.
- Neuman, B. (1995). The Neuman System Model. (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton Lange.
- O'Brien, M. E., Donley, R., Flaherty, M., & Johnstone, B. (1986). Therapeutic options in end-stage renal disease: A preliminary report. ANNA Journal, 13(6), 313-318.
- Piles, C. L. (1990). Providing spiritual care. Nursing Educator, 15 (1), 36-41.
- Pullen, L., Tuck, I., & Mix, K. (1996). Mental health nurses' spiritual perspectives. Journal of Holistic Nursing, 14 (2), 85-97.
- Pyenson, B., & et al. (2004). Medicare Cost in Matched Hospice and Non-Hospice Cohorts. Journal of Pain and Symptom Management, 28(3), 200-210.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. Research in Nursing & Health, 15(5), 349-357.
- Reed, P. G. (1998). A Holistic View of Nursing Concepts and Theories in Practice. Journal of Holistic Nursing, 16(4), 415-419.
- Ross, K. E. (1996). Death and dying. New York: Mc Millan.
- Ross, L. A. (1997). Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. Journal of Advanced Nursing, 26(8), 710-715.
- Ruzicka, S. A. (1998). Pain Beliefs. Journal of Holistic Nursing, 16(3), 369-382.
- Sanchia, A. (1999). Global Perspectives on Palliative Care. Cancer NursingTM, 22(1), 33-39.
- Sankar, A. (1991). Dying at home: A Family Guide for Caregiving. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 257.
- Sellers, S. C., & Haag, B. A. (1998) Spiritual Nursing Interventions. Journal of Holistic Nursing, 16(3), 338-354.
- Sodestrom, K., & Martinson, I. (1987). Patient's spiritual coping strategies: A study of nurse and patient perspectives. Oncology Nursing Forum, 14(2), 41-46.

- Strannahan, S. (2001). Spiritual perception, attitudes, about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. Western Journal of Nursing Research, 23(1), 91-104.
- Stiles, M. K. (1990). The Shining Stranger: Nursing-Family spiritual relationships. Cancer NursingTM, 13(4), 235-245.
- Taylor, E. J. (2003). Spiritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers. Cancer NursingTM, 26(4), 260-266.
- Taylor, E. J., Maetha, H., & Amenta, M. (1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. Cancer NursingTM, 17(6), 479-487.
- Tongprateep, T. (2000). Spiritual dimention in nursing care. The Thai Nursing Concil Journal, 15(3), 55-64.
- Tongprateep, T., & et al. (2001). The Relationship of Knowledge, Attitude and Practice related to spiritual Care among Nurses working within The Department of medical Service. The Thai Nursing Concil Journal, 16(4), 12-27.
- Ungprapan, V., Chaiseree, P., & Suampun, U. (2001). Ethics and Euthanasia: Attitude towards death, and choice, medical and legal aspect. In Phaosavasdi, S., Taneepanichskull, S., Tannirandorn, Y., Awajanepong, J. (Eds.). Medical Ethics: Varieties. Bangkok: Ogilvy Public Relations. 156-157.
- Weisman, A. D. (1985). Thanatolog. In Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry 2. Baltimore: Williams & Wilkins. 1277-1286.
- World Health Organization. (1990). Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Yeung, E. W. F., French, P., & Leung, A. O. S. (1999). The impact of hospice inpatient care on the quality of life of patients terminal ill with cancer. Cancer NursingTM, 22(5), 350-357