



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

**Relationships between Selected Factors and ICU Nurses' Competency for  
Caring of Patients at the End of Life**

วารินา หนูพินิจ

**Warina Nupinit**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2559**

**ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
ผู้เขียน	นางสาววรินา หนูพินิจ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
.....	.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)
.....	.....กรรมการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
.....	.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม)
.....	.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี)
.....	.....กรรมการ
	(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาววรินา หนูพินิจ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาววรินา หนูพินิจ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
ผู้เขียน	นางสาววรินา หนูพินิจ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2559

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 250 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและสุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนประชากร (proportionate stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (3) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (4) แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92, 0.66 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation)

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ทั้ง 7 ด้านโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.73, S.D. = 0.62$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ( $M = 4.20, S.D. = 0.54$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับอาการ ( $M = 3.36, S.D. = 1.00$ ) และพบว่า บรรยากาศองค์การ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.603, p < 0.01; r = 0.316, p < 0.01$  ตามลำดับ) ทัศนคติของพยาบาลต่อ

ความตาย ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.221, p < 0.01; r = 0.214, p < 0.01; r = 0.158, p < 0.05$  ตามลำดับ) อายุและประสบการณ์การทำงานในไอซียูไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

<b>Thesis Title</b>	Relationships between Selected Factors and ICU Nurses' Competency for Caring of Patients at the End of Life
<b>Author</b>	Miss Warina Nupinit
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2016

### ABSTRACT

The purpose of the this descriptive research were (1) to describe the level of nurses' competency for caring of patients at the end of life in southern Thailand, and (2) to examine the relationship between nurses' personal factors, situational factors and nurses' competency for caring of patients at the end of life in ICU. Proportionate stratified random sampling was used to select 250 registered nurses who had been working an intensive care unit in general hospitals and regional hospitals. Instruments used in the study included: (1) demographic data questionnaire, (2) Nurse's Competency of End of Life for ICU Patients questionnaire, (3) Attitude Toward Death and the Dying Patient Questionnaire, and (4) Organizational Climate Questionnaire. The questionnaires were approved for content validity by 3 experts and their reliability was verified by using Cronbach's alpha coefficient. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire 2, 3 and 4 were 0.92, 0.66 and 0.85, respectively. The demographic data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. Pearson's product moment correlation coefficient and point biserial correlation were used to analyze the relationships of nurses' competency for caring of patients at the end of life in ICU and related factors.

The results revealed that the total score of nurses' competency for caring of patients at the end-of-life in ICU was at a high level ( $M = 3.73$ ,  $S.D. = 0.62$ ). When considering the levels of each dimension, the average score of all components was at a high level, among which spiritual support had the highest mean score ( $M = 4.20$ ,  $S.D. = 0.54$ ), and symptom management had at the lowest mean score ( $M = 3.36$ ,  $S.D. = 1.00$ ). For organizational climate, training about end-of-life care had a moderate positive correlation with nurses' competency for caring of patients at the end of life in ICU ( $r = 0.603$ ,  $p < 0.01$ ;  $r = 0.316$ ,  $p < 0.01$ , respectively).

Attitude towards death and the dying patients, experience of caring for end-of-life patients, and education had low positive correlations with nurses' competency for caring of patients at the end of life in ICU ( $r = 0.221, p < 0.01$ ;  $r = 0.214, p < 0.01$ ;  $r = 0.158, p < 0.05$ , respectively), Age and working experience in ICU were not correlated with nurses' competency for caring of patients at the end of life in ICU.

The findings of this study can be used as a database to improve nurses' competency for caring of patients at the end of life in ICU in order to improve the quality of end-of-life care.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ และสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของวิทยานิพนธ์ด้วยความใส่ใจและปรารถนาดีอย่างเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐ์เชียร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ กงสุวรรณ และคุณอรพรรณ ไชยเพชร ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย เพื่อให้ได้แนวคำถามที่ชัดเจน และครอบคลุมตรงประเด็นที่ทำการศึกษา ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั้ง 13 แห่งที่ได้ให้ความร่วมมือและอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล หัวหน้าพยาบาลที่ให้ความกรุณาในการประสานงานต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพ ไอซียูที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่น้องและทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจในการศึกษาด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณหัวหน้างาน พี่ๆ น้องๆ พยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่เป็นกำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความรัก ความห่วงใย คอยเสริมสร้างกำลังใจ เดิมเต็มพลังให้เกิดแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ความรู้และคุณประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย ของงบังเกิดผล และให้คุณค่าในทางสร้างสรรค์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(16)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	13
ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	13
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	13
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู.....	15
สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู.....	18
ความหมายของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ.....	18
ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ.....	20
สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู.....	21
การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู.....	27
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู.....	29

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยส่วนบุคคล.....	29
ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม .....	33
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	48
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	52
ผลการวิจัย .....	53
อภิปรายผลการวิจัย .....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย .....	76
ข้อจำกัดในการวิจัย .....	78
ข้อเสนอแนะ .....	79
เอกสารอ้างอิง .....	81
ภาคผนวก .....	92
ก ขั้นตอนการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	93
ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล .....	94
ค ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ .....	104
ง การคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา.....	107
จ การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	111
ฉ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย.....	115
ช การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	116
ซ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	120

### สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	132
ญ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	147
ประวัติผู้เขียน .....	148

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้.....	41
2 การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .....	48
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (N=250) .....	54
4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ทั้ง 7 ด้าน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=250).....	56
5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู จำแนกตามรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (N=250) .....	57
6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู จำแนกตามรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (N=250).....	58
7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อความตาย และระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกโดยรวม (N=250).....	58
8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (N=250).....	60
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว จำแนกเป็นรายชื่อ (N=250) .....	132
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายชื่อ (N=250) .....	132
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู ด้านการจัดการกับอาการ จำแนกเป็นรายชื่อ (N=250).....	133
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียูด้านการตัดสินใจ จำแนกเป็นรายชื่อ (N=250).....	134
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู ด้านการสื่อสาร จำแนกเป็นรายชื่อ (N=250) .....	135

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	136
15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำแนกเป็นรายข้อ (N=250).....	136
16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูด้านความรู้ จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	137
17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูด้านทักษะ จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	138
18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูด้านความทัศนคติ จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	139
19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	140
20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ โดยรวมและรายด้าน (N=250) .....	142
21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ด้านโครงสร้าง จำแนกเป็นรายข้อ (N=250).....	142
22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ด้านมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	143
23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ด้านความรับผิดชอบ จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	143
24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ด้านการได้รับการยอมรับ จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	144
25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ด้านการสนับสนุน จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	144
26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ด้านความยึดมั่นผูกพัน จำแนกเป็นรายข้อ (N=250) .....	145

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
27 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในภาพรวมและรายด้านกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (N=250 คน) .....	146

## รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกีดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู.....	9
2 ขั้นตอนการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	93



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยดูแลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU) หรือหอผู้ป่วยไอซียูเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การบริบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและคุกคามต่อชีวิต โดยการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถสูงในการบำบัดรักษาเพื่อการฟื้นหายจากความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติรุนแรงซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติจนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ในสหรัฐอเมริกา พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยได้รับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตในหน่วยดูแลผู้ป่วยหนัก (ICU) โดยอัตราการใช้อิซียูในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและมีความสัมพันธ์กับอายุและการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Seferian & Afessa, 2006) นอกจากนี้ในต่างประเทศมีรายงานอุบัติการณ์ของการตายจากการเจ็บป่วยในไอซียู ในประเทศสหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 22.4 (Beckstand, Callister, & kirchhoff, 2006) และในประเทศแคนาดา คิดเป็นร้อยละ 10-20 (Cook, Rocker, & Heyley, 2004) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาในหอผู้ป่วยไอซียูสัปดาห์ละครั้งของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า อัตราการตายเฉลี่ยของผู้ป่วยในไอซียู เท่ากับร้อยละ 8.1 (ปิ่น, พรเลิศ, ดนัย, สุภาวดี, เทวรักษ์, และ ปวีณา, 2545) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การตายจากการเจ็บป่วยในไอซียูทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าไอซียู เป็นอีกสถานบริการหนึ่งที่ทำให้บริการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลระยะสุดท้าย หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของโรคที่มีระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด เป็นการดูแลที่อาศัยหลักการและแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร, 2555; วราภรณ์, 2558) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้การดูแลรักษาตามอาการ ให้ความสุขสบาย ลดความเจ็บปวด บรรเทาอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เข้ามารบกวนผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ตั้งแต่เจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตและหลังการเสียชีวิต (World Health Organization [WHO], 2013) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ความสำคัญกับการตายดี (good death) หรือการตายอย่างสงบมากขึ้น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบถูกนำมาเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเข้าสู่กระบวนการตายที่ดี (เต็มศักดิ์, 2548; สุภารัตน์, 2550) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย

ของชีวิต การส่งเสริมการตายอย่างสงบนับเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่พยาบาลในไอซียูสามารถทำได้ โดยผ่านกระบวนการส่งเสริมการตายอย่างสงบ ตั้งแต่การเฝ้าระวังการตาย การสร้างสิ่งแวดล้อมของการดูแล และการส่งเสริมการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Kongsuwan & Locsin, 2009)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ที่ผ่านมา พบการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของออร์รวม (2549) ซึ่งศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 355 คน มีการกำหนดองค์ประกอบของตัวแปรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูจากตำราและงานวิจัย และทำการวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบทั้งหมด พบว่า องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลแบบองค์รวม 2) การดูแลต่อเนื่อง 3) การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4) การจัดการเพื่อการดูแล 5) การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน 6) การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และ 7) การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล และการศึกษาของออร์รวม (2551) ศึกษาประสพการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาลไอซียูมีการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะ คือ ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน ดูแลญาติอย่างคนสำคัญของผู้ป่วยและดูแลจิตใจตนเองให้พร้อม ดังนั้น พยาบาลในไอซียูจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตเข้าสู่กระบวนการตายอย่างสงบ นอกเหนือจากการมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Aari, Tarja, & Helena, 2008)

สมรรถนะเป็นคุณภาพเชิงพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นผลมาจาก ความรู้ ความสามารถ หรือทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่ต้องการให้มีเพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภารกิจขององค์กร (สภาการพยาบาล, 2552) โดยสมรรถนะทางการพยาบาลเป็นการปฏิบัติทางวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการกระทำที่ประกอบไปด้วยเหตุและผล การใช้ฐานความรู้ในการปฏิบัติซึ่งแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพและสามารถประเมินได้ว่าการปฏิบัตินั้นมีคุณภาพ (ดวงจันทร์, 2548) จากการศึกษาของมอนทากนินิ สมิธและบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith, & Balistieri, 2012) เรื่องการประเมินผลการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทั่วไปในไอซียู โดยศึกษาในพยาบาล แพทย์ และนักศึกษาแพทย์ พบว่า ทักษะที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การจัดการกับอาการ การตัดสินใจ การสื่อสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมผู้ดูแล และการดูแลอย่างต่อเนื่อง และพบว่าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวสูงที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ส่วนด้านการดูแลต่อเนื่องได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่ต้องคำนึงถึงและอาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรม ทักษะของพยาบาล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศองค์การ ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างกันด้วยเช่นกัน โดยงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากจะมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย (อารีญา, 2552) ระดับการศึกษา พบว่า พยาบาลที่ศึกษาระดับปริญญาโทและสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (อรรธยา, 2547) ประสบการณ์การทำงาน พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นานกว่าสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อยกว่า (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) และการศึกษาของอรพรรณ (2551) พบว่า การที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้นทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (อรพรรณ, 2551) การได้รับการอบรม พบว่า การศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพิ่มพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลได้ (Prompahakul, 2011) และจากการศึกษาของเฟอร์เรลล์และคณะ (Ferrell et al., 2000) พบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทัศนคติของพยาบาลต่อการตาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ส่วนบุคคลของพยาบาลเกี่ยวกับความตาย การเข้าใจและยอมรับในการตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (ทัศนีย์, 2553; ศรีเกียรติและอุดมวรรณ, 2553; Braun, Gordon, & Uziely, 2010) จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อความตายของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Braun, Gordon, & Uziely, 2010) และทัศนคติของพยาบาลต่อความตายมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  (Hassheesh, Abozeid, El-Said, & Alhujali, 2013) นอกจากนี้ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับสูง (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2007; Lange, Thom, & Kline, 2008) โดยการมีทัศนคติทางบวกต่อความตายและต่อผู้ป่วยใกล้ตายจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดี ความคิดที่ดี และการปฏิบัติที่ดีที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ (จันทร์เพ็ญและศรีเกียรติ, 2553) และพบว่าพยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับสูง (Pokpalagon, 2005)

สำหรับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาล ได้แก่ บรรยากาศองค์การ(ณัฐพร, 2552; วิมล, 2547; ลีริรักษ์, 2551; สุทธิดา, 2553; อุษณีย์, 2549; Ying, Kuanviktikul, & Tonmukayakal, 2007) โดยบรรยากาศองค์การเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยกำหนดพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์การ เกิดเป็นบุคลิก ลักษณะเฉพาะขององค์การ ทำให้องค์การมีความแตกต่างจากองค์การอื่นๆ สตรีงเจอร์ (2002) ได้ให้ความหมายบรรยากาศองค์การ คือ สภาพแวดล้อมในองค์การซึ่งสมาชิกในองค์การสามารถเรียนรู้และมีประสบการณ์ รวมทั้งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ ประกอบด้วย โครงสร้าง มาตรฐาน ความรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ การสนับสนุน ความยึดมั่นผูกพัน ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสร้างบรรยากาศองค์การที่ดีส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลให้ดีขึ้น (Liou & Cheng, 2010) โดยจากบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตมีบรรยากาศองค์การแตกต่างจากบรรยากาศของหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากลักษณะของการให้บริการพยาบาลมีความเร่งด่วน จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ตลอดจนมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยหนักระยะสุดท้ายในไอซียู คือ การรักษาที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป และการละเลยไม่ดูแลมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (พรเลิศ, 2554) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (เดือนใจ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระปกเกล้า (อุษณีย์, 2549)

ปัจจุบันสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (The Healthcare Accreditation Institute) ได้นำประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นมาตรฐานกำหนดคุณภาพในด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบองค์รวม และตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การประเมินและบำบัดอาการด้านจิตวิญญาณและจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การมีทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม และการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้น การประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลจึงเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและองค์กรทำให้ทราบถึงระดับความสามารถ ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล และทราบว่าสมรรถนะใดที่ควรพัฒนา และสมรรถนะใดที่ควรรักษาให้คงไว้ ตลอดจนมองเห็นทิศทางของการพัฒนาไปสู่สมรรถนะขั้นสูงต่อไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างถูกต้องและครอบคลุม ได้รับความสุขสบาย ความปลอดภัยในบริการที่ได้รับ และส่งผลให้หน่วยงานเกิดมาตรฐานการทำงานที่ดีขึ้น บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน (สุดาและสุวิณี, 2551) ซึ่งสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้องค์กรมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู โดยการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างครบองค์รวม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ทักษะคิดต่อความตายของพยาบาล และบรรยากาศองค์การกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

### คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ทักษะคิดต่อความตายของพยาบาล และบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูหรือไม่อย่างไร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูของมอนทากนินิ สมิธและบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษา

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ความสามารถ ตลอดจนบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูของมอนทากนินิ สมิธและบาลิสเตียริ(Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012) เป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบทั้งหมด 7 ด้าน ครอบคลุมมิติด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ซึ่งที่มาของแนวคิดได้จากการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในไอซียูพบว่า มีทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) การจัดการกับอาการ 4) การตัดสินใจ 5) การสื่อสาร 6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล 7) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดนี้มาดัดแปลงและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูได้รับการดูแลในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างครบวงจรครอบคลุมทั้ง 4 มิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติระยะสุดท้ายในไอซียู ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์โศกเศร้า กลัวการตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก
2. การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ คือ การดูแลที่ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกทางจิตวิญญาณตามความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีและสิ่งที่นับถือ
3. การจัดการกับอาการ คือ การดูแลที่จะช่วยควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ให้ความสะดวกสบายจากอาการรบกวนต่างๆ ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย
4. การตัดสินใจ คือ เป็นการดูแลด้านการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก
5. การสื่อสาร คือ การสื่อสารพูดคุยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว
6. การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล คือ การสนับสนุนการจัดการด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
7. การดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกด้านและได้รับความร่วมมือของทีมสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจนกระทั่งหลังเสียชีวิต

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่อาจมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล ได้แก่

1.1 อายุ (ทองทิพย์, 2551; อรรถยา, 2547; อารีญา, 2552) เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีวิถีภาวะเพิ่มขึ้นมีการเรียนรู้และปรับตัวตลอดจนสั่งสมประสบการณ์ชีวิตเพิ่มขึ้นย่อมมีความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่มากกว่า

1.2 ประสบการณ์ในการทำงาน (ทองทิพย์, 2551; อรรถยา, 2547; อารีญา, 2552) ประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติงานสามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม และพบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุทธิดา, 2553; Memarian, Salsali, Vannaki, Ahmadi, & Hajizadeh, 2007)

1.3 ระดับการศึกษา (ทองทิพย์, 2551; อารีญา, 2552; Prompahakul, 2011) ซึ่งระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะเพิ่มความสามารถและทักษะในการทำงานมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

1.4 การได้รับการอบรม (ขนิษฐา, อัจฉริยา, สมทรง, และอุมาภรณ์, 2554; แพรพรรณ, 2551; Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000; Kirchhoff & Beckstrand, 2000) การอบรมทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในทักษะการปฏิบัติงานมากขึ้นสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่า การได้รับการศึกษาอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กุลวดีและสมใจ, 2547; สิริรักษ์, 2551)

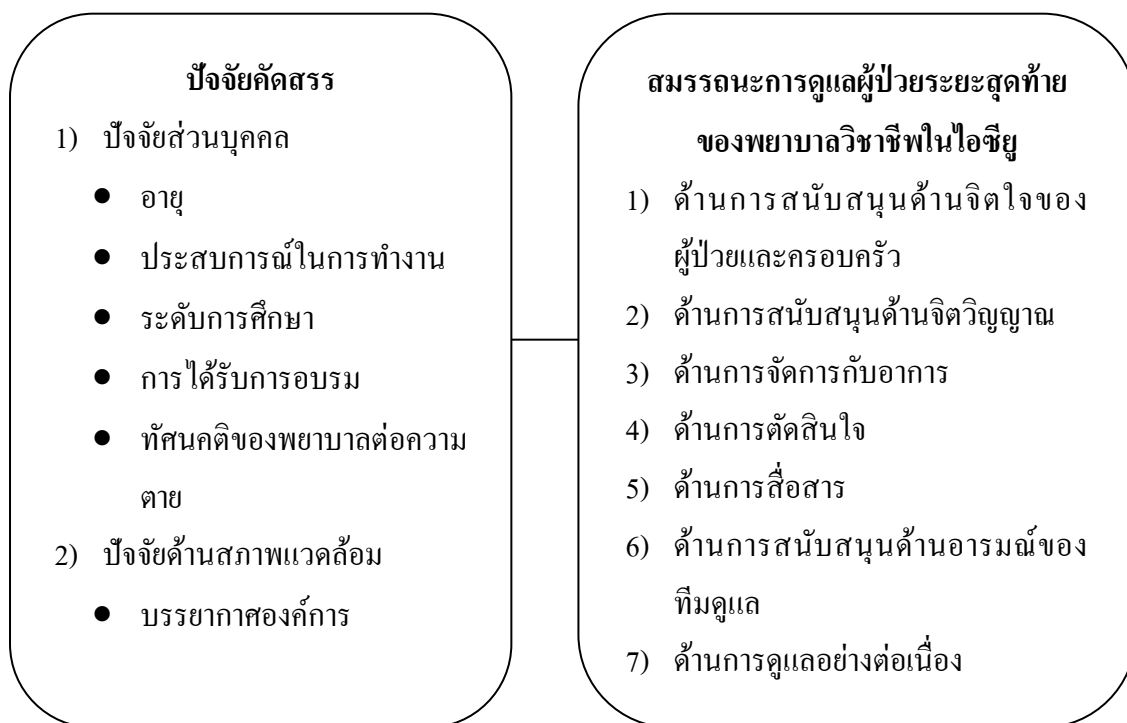
1.5 ทักษะจิตใจของพยาบาลต่อความตายซึ่งเป็นความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดการรับรู้ส่วนบุคคลของพยาบาลเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับสูง (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2007; Lange, Thom, & Kline, 2008) และพบว่าทัศนคติต่อความตายของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Hasheesh, Abozeid, Elsaid, & Alhujaili, 2013)

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม คือ ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ บรรยากาศองค์การ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลได้แก่ บรรยากาศองค์การ (ณัฐพร, 2552; วิมล, 2547; สิริรักษ์, 2551; สุทธิดา, 2553; อุษณีย์, 2549; Ying, Kuanviktikul, & Tonmukayakal, 2007) โดยบรรยากาศองค์การมีส่วนในการกำหนด

พฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์กร ทั้งนี้บรรยากาศองค์การที่ดีจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่ดี และมีผลการปฏิบัติงานที่ดีส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น และถ้าบรรยากาศองค์การไม่ดีจะทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดอุปสรรคในการทำงาน ส่งผลให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดบรรยากาศองค์การตามแนวคิดของสตริงเจอร์ (Stringer, 2002 อ้างตาม ญัฐพร, 2552) คือ สภาพแวดล้อมภายในองค์กรซึ่งสมาชิกในองค์กรสามารถเรียนรู้และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์กร โดยแนวคิดของสตริงเจอร์เป็นแนวคิดบรรยากาศองค์การแบบดั้งเดิม แบ่งบรรยากาศองค์การเป็น 6 มิติ ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้าง (2) ด้านมาตรฐาน (3) ด้านความรับผิดชอบ (4) ด้านการได้รับการยอมรับ (5) ด้านการสนับสนุน และ (6) ด้านความยึดมั่นผูกพัน โดยแนวคิดบรรยากาศองค์การของสตริงเจอร์มีการปรับใช้อย่างหลากหลาย ซึ่งผลการวิจัยก็เข้าไปในแนวทางเดียวกัน

ดังนั้นจะเห็นว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเชิงพฤติกรรมแต่ยังไม่พบความสัมพันธ์ในเรื่องสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ทั้งนี้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยสำคัญที่อาจมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม คือ บรรยากาศองค์การ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยคัดสรรดังกล่าวมาศึกษาต่อในงานวิจัยครั้งนี้ ดังภาพกรอบแนวคิด (ภาพ 1)





ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกััดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยกััดสรร ได้แก่ อายุ ประสิทธิภาพในการทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ทักษะคดิของพยาบาลต่อความตายเป็น และบรรยากาศของค้การมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

### นิยามศัพท์

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมหรือความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะคดิ และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูของมอนทากนินิ สมิธและบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012) มีข้อคำถามต้นฉบับจำนวน 28 ข้อ โดยผู้วิจัย

ได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและได้รับความยินยอมให้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งปรับและเพิ่มจำนวนข้อคำถามเป็น 34 ข้อ

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกมาเป็นกลุ่มของพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู

1. อายุ หมายถึง อายุของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูนับเป็นปีจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม ถ้าเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี

2. ประสบการณ์ในการทำงาน หมายถึง ระยะเวลาเป็นจำนวนปีในการปฏิบัติงานในไอซียูจนถึงปัจจุบัน ถ้าเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูนับเป็นจำนวนรายต่อเดือน

3. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู แบ่งเป็น ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก

4. การได้รับการอบรม หมายถึง การที่พยาบาลในไอซียูได้รับการอบรมวิชาการทางการพยาบาลทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจัดขึ้นอย่างเป็นทางการทั้งในและนอกโรงพยาบาล

5. ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพไอซียูที่มีต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (ทัศนฯ, นันทาและกนกพร, 2541)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศองค์กร หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูที่มีต่อสภาพแวดล้อมในหน่วยงานไอซียู ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ โครงสร้างมาตรฐาน ความรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ การสนับสนุน และความยืดหยุ่น ประเมินได้จากแบบสอบถามบรรยากาศองค์กรตามแนวคิดของสตริงเจอร์ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวิมล (Stringer, 2002 อ้างใน วิมล, 2546)

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูและความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย และบรรยากาศองค์กรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในไอซียู โรงพยาบาล

ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 13 โรงพยาบาลในระหว่างเดือนสิงหาคม 2558 ถึง เดือนมกราคม 2559

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้ข้อมูลเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานหรือองค์กรในการวางแผนเสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู เพื่อทำให้เกิดมาตรฐานการทำงานที่ดี บรรลุเป้าหมาย และตอบสนองนโยบายขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ไอซียู

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 1.1. ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 1.2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 1.3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู
2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
  - 2.1. ความหมายของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.2. ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.3. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
  - 2.4. การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู
3. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
  - 3.1. ปัจจัยส่วนบุคคล
  - 3.2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม
4. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

## แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิตติกร (2555) ให้ความหมาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัดหรือประมาณ 6 เดือน ซึ่งการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตอาศัยแนวคิดและหลักการดูแลแบบประคับประคอง โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข

ลัทธิมิ (2548) ได้ให้ความหมาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาที่กำลังคุกคามต่อชีวิต โดยการประเมินอาการและวางแผนในการดูแลรักษาครอบคลุมมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ดังนั้น สามารถสรุปความหมายของ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555; ลัทธิมิ, 2548) และมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (กิตติกร, 2555) ซึ่งการดูแลในระยะสุดท้ายมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ และส่งเสริมความสุขสบาย (กิตติกร, 2555) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (ลัทธิมิ, 2548) โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555; ลัทธิมิ, 2548)

### แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ลักษณะสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมาน เป็นการดูแลที่ไม่ต้องการที่จะยืดการตายหรือเร่งการตาย (จอห์นอะจง, 2556) ยอมรับว่าการตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ เน้นให้การดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Oncology Nursing Society, 2013) โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และสามารถเข้าสู่กระบวนการตายอย่างสงบ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่ามีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หลากหลายด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบท วัฒนธรรมและสถานที่

โดยภาพรวมวิธีการดูแลที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย และการเข้าสู่กระบวนการตายอย่างสงบ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการแนะนำให้เริ่มการบูรณาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตั้งแต่ช่วงแรกของการเจ็บป่วยหรือตั้งแต่เริ่มการรักษาคู่กับการดูแลระยะวิกฤต (Morgan, 2008) ทั้งนี้จึงขออธิบายถึงเฉพาะหลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### **หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)**

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลที่มุ่งให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการมากกว่าการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ เนื่องจากในทางการแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประกอบด้วย (กิตติกร, 2555)

1. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการให้บริการบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ (Day, 2000)

2. การให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555)

3. การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ โดยการเข้าใจถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Hermann, 2007) และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม จะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุม

4. การดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบาย ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะมีปัญหาสุขภาพและความต้องการดูแลที่ซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม (คุสิต, 2554) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มที่ให้มากที่สุดในช่วงที่มีชีวิตอยู่

5. *ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่อง* ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการกำเริบเป็นระยะๆ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นลำดับ การปฏิบัติที่มีความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระหว่างสถานบริการ หรือระหว่างหน่วยการดูแล (Hov et al., 2007) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

6. *การทำงานเป็นทีม* ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน จึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพและบุคคลากรอื่นๆ ซึ่งการทำงานเป็นทีมจะช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม (จอณผจง, 2556)

7. *การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ* การสื่อสารช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตที่ดีจะช่วยให้รับรู้ถึงความกังวลใจ ความทุกข์ใจ และความต้องการของผู้ป่วยและสามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ (Dahlin, 2010) นอกจากนี้การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การประสานงานระหว่างทีมผู้ให้การดูแลมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

8. *การจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่อง* การพัฒนาการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (ประคอง, 2556)

สรุปได้ว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นวิธีการดูแลที่เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวลักษณะเป็นแบบองค์รวม เน้นให้ความสำคัญในทุกๆ ด้านของช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมาน รวมถึงการดูแลครอบครัวภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต บนพื้นฐานของการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

### **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู**

การดูแลผู้ป่วยไอซียูมีความสำคัญ ไม่ใช่เฉพาะการดูแลเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ต้องรวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเข้าสู่ระยะสุดท้ายและใกล้ตายให้เสียชีวิตอย่างสงบด้วยเช่นกัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยผ่านกระบวนการประเมินและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความทุกข์ทรมานได้ ซึ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Oncology Nursing Society, 2013)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู (สุภัสตรา, 2554; อรพรรณ, กิตติกร, และวิภาวี, 2551; Kongsuwan, 2011) พบว่า พยาบาลในไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายกัน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมตามมาตรฐานและสิทธิที่ควรได้รับ ให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ความสำคัญกับการดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย การดูแลจิตใจของตนเองเข้าใจและยอมรับการตายที่เกิดขึ้น และการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในไอซียู นอกจากนี้จากการศึกษาของอรพรรณ (2549) ซึ่งศึกษาองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 355 คน โดยได้มีการกำหนดองค์ประกอบจากการศึกษาเอกสารแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากตำราและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ได้องค์ประกอบย่อยรวม 48 รายการ และกำหนดองค์ประกอบย่อยจากการศึกษาสภาพแท้จริงโดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ จำนวน 6 คน ได้องค์ประกอบย่อย 57 รายการ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์และวัดองค์ประกอบย่อยโดยการสอบถามระดับความคิดเห็น ผลพบว่าองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

**1. การดูแลแบบองค์รวม** หมายถึง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมครบทั้ง 4 มิติของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ บรรเทาความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (ดุสิต, 2554; สาวิตรี, 2551; Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010) โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุด คือ กระบวนการตายอย่างสงบสุข มีหลักสำคัญ 3 ประการ คือ สุขสบายตลอดเวลา รักษาเมื่อจำเป็น เน้นการบรรเทา (สุภาพร, 2553)

**2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง** หมายถึง ลำดับการปฏิบัติที่มีความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระหว่างหน่วยการดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (กิตติกร, 2555) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังการตาย

**3. การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง** หมายถึง การให้ความสำคัญในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ให้บริการบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรค โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจและต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และ



ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยมากที่สุด (Day, 2000; Jox, Hessler, & Borasio, 2008) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ (สุภาพร, 2553)

**4. การจัดการเพื่อการดูแล** หมายถึง การหาวิธีการหรือกิจกรรมเพื่อนำไปใช้ในการดูแลอย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมาย (พวงทิพย์, 2551) การจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้ายในไอซียู คือ การใช้แนวคิดแบบประคับประคองซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกควบคู่ไปกับการรักษาผู้ป่วย

**5. การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน** หมายถึง การให้ความร่วมมือส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งพบว่าสิ่งแวดล้อมในไอซียูเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการดูแลที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน ดังนั้นการดูแลในระยะสุดท้ายจึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมในหน่วยงาน (กิตติกร, 2555)

**6. การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม** หมายถึง การดูแลที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลรักษาให้ความสำคัญกับญาติและครอบครัว ซึ่งการให้ครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยรักมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ นอกจากนี้การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยถือเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู (ยุวนิดา, 2550)

**7. การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล** หมายถึง การปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลเพื่อที่จะก่อให้เกิดความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ กัน (พวงทิพย์, 2551) ซึ่งในการสื่อสารในช่วงระยะสุดท้ายควรพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทางเลือกในการรักษา การสื่อสารบอกข่าวร้าย ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับแพทย์ พยาบาลและสมาชิกทีมผู้ดูแลในการพูดคุยกับผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกทีมด้วยกัน (Warring & Krieger-Blake, 2010)

## สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

สมรรถนะมีความสำคัญและมีประโยชน์ โดยการประเมินสมรรถนะเป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์กร บุคคล ทำให้บุคคลสามารถทราบระดับความสามารถของตนเอง ตลอดจนมองเห็นทิศทางในการนำไปปรับปรุงพัฒนาสู่สมรรถนะขั้นสูงต่อไปส่งผลให้เกิดมาตรฐานการทำงานที่ดีขึ้นทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและตอบสนองนโยบายขององค์กรได้

การทราบถึงสมรรถนะของบุคคลช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กรหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่นเดียวกับการปฏิบัติพยาบาลที่ใช้สมรรถนะการพยาบาลเป็นการปฏิบัติทางวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการกระทำที่ประกอบไปด้วยเหตุและผล การใช้ฐานความรู้ในการปฏิบัติซึ่งแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพซึ่งสามารถประเมินได้ว่าการปฏิบัตินั้นมีคุณภาพ (ดวงจันทร์, 2548)

### ความหมายของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

มารเรลลี, ทอนโดราและฮอจ (Marrelli, Tondora & Hoge, 2005) ได้กล่าวว่า สมรรถนะเป็นสิ่งที่วัดความสามารถของบุคคลในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะหรือความสามารถ (ability) และบุคลิกลักษณะส่วนบุคคล (personal characteristic)

ณรงควิทย์ (2547) ได้ให้ความหมายสมรรถนะ คือ ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะของบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากพฤติกรรมในการทำงานที่แสดงให้เห็นออกมาของแต่ละบุคคลสามารถวัดและสังเกตได้

สำนักงานข้าราชการพลเรือน (2548) ให้ความหมายสมรรถนะ คือ กลุ่มพฤติกรรมในการทำงานซึ่งเกิดมาจากการที่บุคคลมีความรู้ ทักษะหรือความสามารถและคุณลักษณะอื่นๆที่จำเป็นสำหรับการทำงานให้ประสบความสำเร็จหรือมีผลงานโดดเด่น

อาภรณ์ (2553) อธิบายความหมายของสมรรถนะ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่ได้จากการศึกษาอบรม ทักษะจากการฝึกฝนและปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ ทักษะคิด มุมมองคุณค่าหรือภาพลักษณ์ของตัวบุคคล รวมทั้งอุปนิสัยที่เป็นนิสัยถูกปลูกฝังหรือได้รับการพัฒนาตั้งแต่เด็กๆ และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมเป็นตัวนำหรือตัวกระตุ้นให้งานหรือเป้าหมายที่กำหนดบรรลุวัตถุประสงค์

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของสมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ ทักษะการฝึกฝนปฏิบัติจนเกิดความ

ชำนาญ (ณรงค์วิทย์, 2547; สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548; อาภาภรณ์, 2553; Marrelli, Tondora & Hoge, 2005) และคุณลักษณะที่เป็นตัวกระตุ้นและสะท้อนออกมาของแต่ละบุคคลทำให้ผลงานประสบผลสำเร็จ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548; อาภาภรณ์, 2553) และเป็นสิ่งที่วัดความสามารถของบุคคลในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย (ณรงค์วิทย์, 2547; Marrelli, Tondora & Hoge, 2005)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (professional nurse competency) หมายถึง คุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (บุญใจ, 2551) พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ ทั้งนี้สภาการพยาบาลได้ กำหนดสมรรถนะหลักทั่วไปไว้ 14 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2553) ได้แก่

สมรรถนะที่ 1 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

สมรรถนะที่ 2 ปฏิบัติการผดุงครรภ์พยาบาลอย่างมีจริยธรรมตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

สมรรถนะที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพบุคคล กลุ่มคนและชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยและลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรค และเกิดความเจ็บป่วย

สมรรถนะที่ 4 ป้องกันโรคและส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้

สมรรถนะที่ 5 ฟื้นฟูสภาพบุคคล กลุ่มคนและชุมชนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ

สมรรถนะที่ 6 รักษาโรคเบื้องต้นตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล

สมรรถนะที่ 7 สอนและให้คำปรึกษาบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี

สมรรถนะที่ 8 ติดต่อสื่อสารกับบุคคลครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 9 แสดงภาวะผู้นำและการบริหารจัดการตนเอง และงานที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

สมรรถนะที่ 10 ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน

สมรรถนะที่ 11 ตระหนักในความสำคัญของการวิจัยต่อการพัฒนาการพยาบาลและสุขภาพ

สมรรถนะที่ 12 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล

สมรรถนะที่ 13 พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าในตนเองและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

สมรรถนะที่ 14 พัฒนาวิชาชีพให้มีความเจริญก้าวหน้าและมีศักดิ์ศรี

### ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

นอกจากสมรรถนะที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีนักวิชาการได้กำหนดระดับสมรรถนะไว้ซึ่งมักจะกำหนดจากบทบาทของบุคคล เนื่องจากบุคคลย่อมมีความสามารถในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน โดยเบนเนอร์ (Benner, 1984) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีชาวสหรัฐอเมริกาได้กล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาล ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานจนถึงผู้เชี่ยวชาญและได้แบ่งสมรรถนะในการปฏิบัติงานเป็น 5 ระดับ ตามประสบการณ์ของการปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลจบใหม่ (novice) เป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานถึง 1 ปี เป็นผู้ที่ไม่มีพื้นฐานและประสบการณ์ของการพยาบาลมาก่อนหรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยและอาจไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่างๆในการปฏิบัติงานจริง

2. พยาบาลเริ่มต้น (advance beginner) เป็นพยาบาลที่เริ่มมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นเวลา 1-2 ปี เป็นระยะที่เริ่มทำงานในระดับต้นและสามารถเผชิญสถานการณ์ตลอดจนเกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ผ่านมา สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆโดยอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า

3. พยาบาลที่มีความสามารถ (competent) เป็นพยาบาลที่เริ่มมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นระยะเวลา 2-3 ปี เป็นระยะที่สามารถปฏิบัติงานตามแผนการดูแลที่วางไว้ได้ มองเห็นเป้าหมายของการปฏิบัติงานและมีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองและเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินและเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้

4. พยาบาลที่มีความชำนาญ (proficient) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นระยะเวลา 3-5 ปี สามารถรับรู้สถานการณ์ในภาพรวมและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างแบบองค์รวม สามารถพิจารณาตัดสินใจและมีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้

5. พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ (expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี เป็นผู้ที่มีความรู้สูงและมีความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง มีทักษะการวิเคราะห์ปัญหาในระดับสูง สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและเลือกวิธีแก้ไขปัญหาคืออย่างรวดเร็ว

### สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือรอดชีวิตได้ มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามถึงชีวิต อาจเป็นไปในลักษณะทั้งแบบเฉียบพลันและค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ป่วยมีสภาพอาการที่บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ระบบการทำงานในร่างกายค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งแสดงถึงอาการที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย (สุภาพร, 2537; อรวรรณ, 2549; สาวิตรี, 2551) จุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาเน้นประคับประคองอาการและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (คูสิต, 2554; สาวิตรี, 2551; Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและการจัดการอาการต่างๆ จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555; คำรงค์, 2547; Oncology Nursing Society, 2013)

พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลกำหนด เนื่องจากสมรรถนะเชิงวิชาชีพเป็นสมรรถนะที่ผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีเพื่อประกันคุณภาพผู้ประกอบการวิชาชีพที่ผ่านการรับรอง และเมื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานใดก็จำเป็นต้องมีสมรรถนะเชิงเทคนิคให้ตรงกับงานที่ปฏิบัติ นั้นเช่นเดียวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ

สำหรับประเทศไทยไม่มีการกำหนดสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลใน ไอซียู จากการศึกษาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยหนักของอริทาร์จและเฮเลนา (Aari, Tarja, & Helena, 2008) ได้อธิบายสมรรถนะไว้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สมรรถนะทั่วไป (2) สมรรถนะวิชาชีพ (3) สมรรถนะทางคลินิก (4) สมรรถนะความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยสมรรถนะทางคลินิกและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจะประกอบด้วย การรับรู้สถานการณ์ผิดปกติของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา

การติดตามอาการผู้ป่วย การดูแลพื้นฐานทั่วไป การดูแลบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย (ครอบครัว) รวมทั้งประเด็นเฉพาะสำหรับการดูแลภาวะวิกฤต ซึ่งพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับพยาบาลไอซียู

มอนทากนินิ สมิธและบาลิสเตเรีย (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของของบุคลากรทั่วไปในไอซียู พบว่า ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของ ทีมดูแล 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 1. ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างมากทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ต้องเผชิญกับความตายซึ่งเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต อาจรู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก (จำลอง, 2547) ในส่วนของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูซึ่งก็ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล ซึมเศร้า เกิดความรู้สึกสูญเสีย กลัวผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย มีความต้องการการดูแลด้านจิตใจ (ยุวนิดา, 2550 ; Pochard, Darmon, Fassier, Ballaert, Cheval, & Coloingner, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติระยะสุดท้ายในไอซียู มีการดูแลที่สำคัญดังนี้ คือ แสดงความเห็นอกเห็นใจ และรับฟังปัญหา ประเมินความรู้สึกความต้องการทางอารมณ์และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดระบายความรู้สึก (ทองทิพย์, 2551) พยาบาลควรให้ความสำคัญกับญาติว่าเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วย (อรพรรณ, 2551; Kongsuwan, 2011) จัดให้ผู้ป่วยและญาติมีความเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วยมีความสุขท่ามกลางบุคคลที่รักในช่วงระยะสุดท้าย (Clarke, Curtis, Luce, Levy, Nelson, & Solomon, 2003) ดูแลปรับประคองอารมณ์และไวต่อความรู้สึกเศร้าโศกของครอบครัวหลังจากกระบวนการตายของผู้ป่วยเกิดขึ้น ให้คุณค่าและสนับสนุนด้านวัฒนธรรมและประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว (Clarke et al., 2003) เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

## 2. ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

การสนับสนุนมิติด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่อยู่ภายในที่ฝังลึกในตัวบุคคล จิตวิญญาณเป็นองค์รวมของบุคคลจะแบ่งแยกออกไม่ได้ และเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในชีวิตมนุษย์ เป็นส่วนที่ทำให้เกิดกำลังใจ รวมถึงการเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ (สิวลี, 2552) การดูแลด้านจิตวิญญาณมีทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกันกับศาสนาแต่จำเป็นที่จะต้องอาศัยหลักการทางศาสนาที่ผู้ป่วยมีความเชื่อเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความหมายและคุณค่าของความตาย พร้อมทั้งจะจากไปอย่างสงบ แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลยังให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยและยังขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (ศรีเกียรติและอุดมวรรณ, 2553) โดยความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นความต้องการความรัก ความหวัง การปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา การค้นหาเป้าหมายในชีวิตและสิ่งที่ค้างคา (Hermann, 2007) ดังนั้นการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สำคัญในไอซียู มีดังนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบในช่วงเวลาของการตาย (Kongsuwan, 2011) การประเมินปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ การให้ความรัก อภัยและการมีความหวัง การค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตและสิ่งที่ค้างคา การปฏิบัติตามหลักความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม ประเพณี และสิ่งที่นับถือตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติการขอโหลิกรรม (ทัศนีย์และจรงค์, 2551; สุภาพร, 2551; อรพรรณ, 2551; Hermann, 2007) และการส่งเสริมหาแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคคลสำคัญของผู้ป่วย แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา (ศรีเกียรติและอุดมวรรณ, 2553; Clarke et al., 2003)

## 3. ด้านการจัดการกับอาการ

การจัดการอาการเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองต่อประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นซึ่งการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) เกี่ยวกับการส่งเสริมการตายอย่างสงบในไอซียูประเทศไทย พบว่า กระบวนการหนึ่งในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ คือ การจัดการอาการและส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาก็พบว่า มีความแตกต่างในการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลเนื่องจากแพทย์เน้นการจัดการอาการความผิดปกติของอวัยวะ ในขณะที่พยาบาลไอซียูจะให้การดูแลแบบองค์รวมในแต่ละบุคคล (Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010) ซึ่งการดูแลด้านร่างกายที่ไม่เพียงพอก็จะมีผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างสงบ (Clarke, Curtis, Luce, Nelson, & Solomon, 2003) โดยทั่วไป

วิธีการส่งเสริมการดูแลด้านร่างกายและการจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู มีดังนี้ ส่งเสริมความสุขสบายบรรเทาความทุกข์ทรมานได้แก่ ประเมินปัญหาและความต้องการของร่างกายมุ่งเน้นการจัดการอาการที่ทำให้เกิดความไม่สบายที่พบบ่อย คือ อาการปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ปากแห้ง ระบายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ สับสน (Dalal, Fabbro, & Bruera 2006; Koesel, 2008; Tsai, Wu, & Chiu, 2006) งดเว้นการรักษาแก่ผู้ป่วยที่เข้าข่ายชะลอการตาย (คูลิต, 2548) มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกและมาตรฐานในการจัดการอาการทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ร่วมกับทางเลือกวิธีการบำบัดอื่นๆ (Clarke et al., 2003) มีการจัดเตรียมแบบประเมินอาการที่สามารถวัดและประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยทั้งที่สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้ไว้อย่างเหมาะสม (Clarke et al., 2003)

#### 4. ด้านการตัดสินใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูส่วนใหญ่จะรู้สึกตัวอำนาจการตัดสินใจใน ระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยโดยทั่วไปจะมาจากญาติที่มักจะไวต่ออาการและความรู้สึกของผู้ป่วย มากกว่าแพทย์และพยาบาล ซึ่งการตัดสินใจต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก (Day, 2000) การตัดสินใจควรมีการพูดคุยปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ตัดสินใจแทน และทีมการรักษาพยาบาลเพื่อให้มีความเห็นที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด (Jox, Hessler, & Borasio, 2008) การที่ญาติและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา นับเป็นความต้องการของครอบครัวโดยเฉพาะประเด็นของความตายที่กำลังจะมาถึง พยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (สุภาพร, 2553) โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากที่สุด (Clarke et al., 2003) นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกันวางแผนล่วงหน้าให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูล การตัดสินใจและแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยรวมถึงการตัดสินใจไม่กู้ฟื้นคืนชีพหรือการ ปฏิเสธการรักษาที่ไม่จำเป็นไว้ในแฟ้มข้อมูลของผู้ป่วย (Clarke et al., 2003) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอในสถานที่ที่เหมาะสม และให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย และต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา (Vittone, 2002) มีแนวทางปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาและตามหลักจริยธรรมใน กรณีที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจและไม่มีผู้ตัดสินใจแทน (Clarke et al., 2003) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ (ยุวนิดา, 2550)



## 5. ด้านการสื่อสาร

การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การสื่อสารภายในทีมผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอโดยมีการประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษาเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ จัดการปัญหาเกี่ยวกับความขัดแย้งในทีมผู้รักษาก่อนที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว การพบปะระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนยุติการพูดคุย มีแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (ทั้งที่สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) และสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างชัดเจนต่อเนื่องในสถานที่เหมาะสม ซึ่งในการสื่อสารในช่วงระยะสุดท้ายควรพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสื่อสารเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านอาการของผู้ป่วย ทางเลือกในการรักษา การสื่อสารบอกข่าวร้าย ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับแพทย์ พยาบาลและสมาชิกทีมผู้ดูแลในการพูดคุยกับผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกทีมด้วยกัน (Warring & Krieger Blake, 2010) มีการระบุตัวแทนของสมาชิกในครอบครัวที่จะติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ มีแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการตาย (Clarke et al., 2003; Dahlin, 2010) โดยการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นกุญแจสำคัญช่วยให้ทีมสามารถส่งต่อข้อมูลและทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Street & Blackford, 2001)

## 6. ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล

การให้การส่งเสริมสนับสนุนด้านการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานรวมทั้งความรู้สึกของญาติเกี่ยวกับกระบวนการสูญเสีย ทำให้ทีมผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้งกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หรือเข้าใจในความรู้สึกของการสูญเสียของญาติ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ (อรรพรรณ, 2549) ฉะนั้นทีมผู้ดูแลต้องมีการรักษาสมดุลทางจิตใจของตนเองให้พร้อมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (อรรพรรณ, 2551) การที่จะช่วยรักษาจิตใจของทีมผู้ดูแลคือ การเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและโรค เนื่องจากทีมผู้ดูแลประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลมีความคาดหวังเกี่ยวกับการรอดชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะวิกฤติ ซึ่งจำเป็นที่ทีมผู้ดูแลต้องมีการรักษาเยียวยาจิตใจของตนเองให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ (อรรพรรณ, 2551) รวมทั้งพัฒนาทักษะในการตอบสนองอย่างเป็นธรรมชาติ พยาบาลจะต้องไม่นำพาเอาความรู้สึกต่างๆของผู้ป่วยมาเป็นของตนเอง หรือไม่นำเอาความรู้สึกนึกคิดของตนเองเข้ามาเป็นตัวชี้นำ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

พยาบาลอาจเกิดความรู้สึกโศกเศร้า เหมือนหนึ่งเพื่อนหรือญาติสนิท ได้ตายจากไป พยาบาลที่ทำงานในหน้าที่นี้จึงจำเป็นต้องเป็นมืออาชีพ (สถาพร, 2547) ซึ่งการสนับสนุนการดูแลด้านอารมณ์ของทีมผู้ดูแลสามารถทำได้ดังนี้ การสนับสนุนทีมให้ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้คืออยู่เสมอ รักษาเยียวจิตใจของตนเองให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ (อรพรรณ, 2551) ช่วยเหลือทีมผู้ดูแลในการแบ่งปันความรู้สึก การตระหนักต่อตนเองถึงความเข้าใจถึงการมีชีวิตและความตาย การจัดให้มีคำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการทบทวนพูดคุยกับทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย (Clarke et al., 2003)

## 7. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมายเนื่องจากระบบสำคัญในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลยังขาดทักษะการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดความต่อเนื่องและการบันทึกกิจกรรมการดูแลอย่างเป็นระบบ (สุราณี, 2553) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูจำเป็นต้องทำให้ครอบคลุมทุกด้านและได้รับความร่วมมือของทีมสุขภาพและครอบครัว มีความผสมผสานในการดูแลตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจนกระทั่งหลังเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู มีดังนี้ ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงที่มีอาการเปลี่ยนแปลงควรมีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างละเอียด (Hov et al., 2007) มีการรับส่งต่อข้อมูลในทีมผู้ดูแลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านทีมผู้รักษา (Clarke, Curtis, Luce, Levy, Nelson, & Solomon, 2003) จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ รวมทั้งมอบหมายการดูแลให้ผู้รับผิดชอบภายในทีมกำหนดเป้าหมายและการรักษาพยาบาลร่วมกันเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Clarke et al., 2003; Hov et al., 2007) ประเมินและให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

## การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู

การประเมินสมรรถนะมีความสำคัญทำให้ทราบระดับความสามารถของบุคคล และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถตรงตามที่ปฏิบัติงานซึ่งวิธีการประเมินสมรรถนะมีดังนี้ (อลงกรณ์และสมิต, 2548)

### 1. วิธีทดสอบผลงาน (tests of performance)

วิธีทดสอบผลงานเป็นการประเมินที่ให้ผู้รับการประเมินทำงานบางอย่าง เช่น การเขียนอธิบายคำตอบการเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด แบบทดสอบประเภทนี้ออกแบบมาเพื่อวัดความสามารถของบุคคล ภายใต้งื่อนไขของการทดสอบ ข้อดีของการประเมินวิธีนี้ คือ มีหลักฐานหรือข้อมูลจริงประกอบ สามารถชี้แจงผู้ถูกประเมินได้ ข้อเสียของการประเมินวิธีนี้ คือ การใช้แบบทดสอบจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ในการจัดทำและแปลผลแบบประเมิน อาจต้องใช้งบประมาณในการประเมินสูงกว่าวิธีอื่นๆ

### 2. วิธีการประเมินตามพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกต (behavior observations)

วิธีประเมินตามพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตเป็นการประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับการทดสอบในบางสถานการณ์ แบบทดสอบประเภทนี้ต่างจากประเภทแรกในส่วนที่ผู้เข้ารับการประเมินไม่ต้องพยายามทำงานอะไรบางอย่างที่ออกแบบมาเป็นอย่างดีแล้ว แต่จะวัดจากการสังเกตและประเมินพฤติกรรมในบางสถานการณ์โดยผู้ประเมินจะต้องหมั่นสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการทำงานของผู้ที่ถูกประเมินไว้เป็นระยะเพื่อให้เป็นหลักฐานยืนยันในกรณีที่ผู้ถูกประเมินไม่เห็นด้วยกับระดับสมรรถนะที่ได้รับการประเมิน การประเมินวิธีนี้มีข้อดี คือ ผู้ประเมินสามารถเห็นสมรรถนะจริงของผู้ปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตามข้อเสียของการประเมินวิธีนี้ คือ อาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ไม่สามารถออกแบบการประเมินที่ใช้ประเมินได้กับหลายๆคน ตัวอย่างการใช้วิธีการประเมินด้วยวิธีนี้ได้แก่ การศึกษาสมรรถนะพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติงานของพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยตามแบบประเมินที่สร้างขึ้นเนื่องจากผู้วิจัยคิดว่าการประเมินนี้เป็นการวัดพฤติกรรมที่มีความชัดเจน มีเกณฑ์กำหนดสามารถจำแนกพฤติกรรมของพยาบาลแต่ละคนได้ ผลการศึกษาพบว่า

สมรรถนะพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตนเองและผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับสูง (สุจิตรา, 2550)

### 3. การจำลองสถานการณ์ (simulation)

การประเมินสมรรถนะโดยการจำลองสถานการณ์ ช่วยให้พยาบาลมีโอกาสแสดงความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งด้านการตัดสินใจและด้านการให้บริการ ข้อดีของการประเมินวิธีนี้คือ เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ยากแต่การประเมินด้วยวิธีนี้ มีข้อเสียคือ ต้องมีการวางแผนการปฏิบัติและการประสานงานหลายด้านทั้งด้านบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการประเมิน ด้านอุปกรณ์ ด้านสถานที่ เวลา ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการประเมิน ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก

### 4. วิธีการประเมินตนเอง (self-reports)

เป็นการประเมินที่ให้ผู้ถูกประเมินรายงานเกี่ยวกับตนเอง เช่น ความรู้สึก ทักษะคิด ความเชื่อความสนใจ แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบสอบถาม แบบสำรวจความคิดเห็นต่างๆ การประเมินด้วยวิธีนี้มีข้อดี คือ สะดวกในการประเมิน ใช้เวลาประเมินน้อย ส่วนข้อเสีย คือ อาจจะไม่เกิดอคติ และค่าใช้จ่ายสูง แต่อย่างไรก็ตามการประเมินด้วยวิธีการประเมินตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับค่านิยมมากในหลายหน่วยงานและยังใช้ได้ผลดีอยู่ในปัจจุบัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้พยาบาลวิชาชีพในไอซียูประเมินตนเอง โดยเลือกใช้เครื่องมือแบบสอบถามการศึกษาการประเมินผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ที่พัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองและผู้เชี่ยวชาญในไอซียู ตัวแทนจากแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยา รวมทั้งบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการสร้างแบบสอบถาม มีหัวข้อของสมรรถนะ 7 ด้านซึ่งนำมาจากของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 2003) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลระยะสุดท้ายในไอซียูปี 2003 โดยตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีทั้งหมด 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจ 2) การสื่อสารระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัว 3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการอาการและการดูแลที่ส่งเสริมความสบาย 6) การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว 7) การสนับสนุนด้านอารมณ์และบรรยากาศองค์การสำหรับทีมผู้ดูแลในไอซียู ซึ่งหัวข้อย่อยใน

แบบสอบถามแต่ละหัวข้อมีความหลากหลาย มีวิธีการออกแบบที่สามารถสะท้อนถึงความสัมพันธ์ในไอซียู เชื่อมโยงไปสู่ความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ซึ่งแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู End Of Life Care in the ICU (EOLC - ICU) มีลักษณะเป็น Likert scale มี 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 0 = ตอบในกรณีที่ไม่เคยปฏิบัติหรือไม่ทราบ ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ที่ 0 - 140 คะแนน เครื่องมือผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าแอลฟาครอนบาคโดยรวม 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.25 - 0.91 โดยด้านที่ได้ค่าแอลฟาน้อยที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และด้านการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ ไม่สามารถหาค่าแอลฟาได้ เนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 1 ข้อ ทั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตกับเจ้าของเครื่องมือในการปรับปรุงแบบสอบถามโดยจำเป็นต้องเพิ่มข้อคำถามในด้านที่หาค่าแอลฟาไม่ได้ และต้องปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทในด้านที่ได้ค่าแอลฟาครอนบาคน้อยก่อนนำมาประยุกต์ใช้จริงเป็นเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคคล ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคลแสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวบุคคล และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตลอดจนส่งผลต่อการแสดงออกมาเป็นกลุ่มของพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน (2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล (McCormick & Igen, 1985 อ้างในเตือนใจ 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ดังนี้

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

สำหรับการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษา อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเพิ่มเติม และทัศนคติต่อความตายของพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **อายุ** เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีการปรับตัว เรียนรู้สิ่งสมประสพการณ์ชีวิต มีความรับผิดชอบมากขึ้น โดยจากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย (อารีญา, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรธยา (2547) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ พบว่า พยาบาลที่มีอายุ 40 - 60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าพยาบาลที่มีอายุ 20 - 39 ปี และการศึกษาของทองทิพย์ (2551) พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากมีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (สุทธิดา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนใจ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. **ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล** ประสบการณ์การทำงานทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกิดความเข้าใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติงานสามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในอาชีพเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความชำนาญ และมีความสามารถในการปฏิบัติเรื่องต่างๆ ได้มากกว่า มีทักษะการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า ทั้งนี้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทำให้มีโอกาสเผชิญปัญหา มีข้อมูลในการตัดสินใจและเลือกแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ประสบการณ์ถือเป็นบ่อเกิดของความรู้ ทักษะ และความสามารถ จากการศึกษายพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานนานกว่า 5 ปี พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด (อรธยา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา (2552) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานพยาบาลมากมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (สุทธิดา, 2553) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลของเมียร์เรน ซาลซาลิ เวนนาคิ อัมมาดิและอาจิซาเด (Memarian, Salsali, Vannaki, Ahmadi, & Hajizadeh, 2007) พบว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากและสัมพันธ์กับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาล

นอกจากประสบการณ์ในการทำงานพยาบาลแล้ว ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ก็มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น จากการศึกษายของ

เฟอร์เรลล์ เเวอร์รานี เกรนท์ คอยเน และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนานกว่า สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อยกว่า ซึ่งการที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทำให้พยาบาลได้เรียนรู้ และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น

**3. ระดับการศึกษา** การศึกษาสอนให้รู้จักการคิดวิเคราะห์ และแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้จึงเป็นวิธีการที่จะทำให้ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายของพยาบาลของพรหมพาหุกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011b) พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายดีกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้ผู้ที่มิวุฒิการศึกษาสูงอาจจะได้รับความรู้ ทักษะด้านต่างๆ รวมทั้งกล้าที่จะซักถามและแสวงหาข้อมูลมาใช้ในการทำงาน และการปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้เมื่อ ผู้ปฏิบัติมีความรู้ และทักษะในเรื่องที่ตนปฏิบัติ ซึ่งการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างผู้ที่มีความรู้ทำให้พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดี จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลที่ศึกษาระดับปริญญาโท และสูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่า พยาบาลที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (อรรถยา, 2547) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของสุทธิดา พบว่า วุฒิการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (สุทธิดา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วิภูญาและวิภาพร, 2554) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล และการศึกษาของปราณีและวราภรณ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กทั่วไป และหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ในปัจจุบันเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากพยาบาลจะได้รับจากการศึกษาแล้ว อาจมีรูปแบบของการเรียนรู้วิธีอื่นๆ ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายดีขึ้น เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับทีมที่ดูแล การทำงานเป็นทีม เป็นต้น จากงานวิจัยข้างต้น พบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาไม่ได้มีทิศทางเดียวกัน

ซึ่งระดับการศึกษาอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการแสดงสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน

**4. ความรู้และการได้รับการอบรมเฉพาะทาง** เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น จากการศึกษาของทองทิพย์ (2551) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหุกุล (Promphahakul, 2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสามารถเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลได้ดีขึ้นสัมพันธ์กับการศึกษาของเฟอร์เรลล์และคณะ (Ferrell et al., 2000) เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้จากผลการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของกุลวดีและสมใจ (2547) พบว่าการได้รับการศึกษาอบรมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ของสิริรักษ์ (2551) พบว่าการได้รับการอบรมเพิ่มเติมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**5. ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย** ทักษะจิตเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งที่เป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ เหตุการณ์ เป็นต้น มีทิศทางทั้งทางบวกและทางลบหรือเป็นกลาง เมื่อเกิดความรู้สึกกับบุคคลนั้นจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ตามทิศทางความรู้สึกของตน (แสงเดือน, 2545) ทักษะจิตเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมอันมีแนวโน้มที่จะให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาและกระทำต่อสิ่งนั้น อย่างไรก็ตามทักษะจิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ทั้งนี้ทักษะจิตบางอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงยาก เนื่องจากการเกิดทักษะจิตต่อสิ่งใดนั้นมักจะต้องใช้เวลาสั่งสมมานานพอสมควร (เต็มศักดิ์, 2549)

ดังนั้นทักษะจิตของพยาบาลต่อการตายและผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ส่วนบุคคลของพยาบาลเกี่ยวกับความตาย และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การเข้าใจและยอมรับในการตาย (ทัศนีย์, 2553; ศรีเกียรติ, 2553; Braun, Gordon, & Uziely, 2010) โดยทักษะจิตต่อการตายจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามการรับรู้ความตายของบุคคลต่างกัน ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้ นอกจากมาจากประสบการณ์ที่แตกต่างกันแล้ว ยังเกิดจากทักษะจิตของพยาบาลต่อความตายของแต่ละบุคคลแตกต่างกันด้วย (สุภาพร, 2553)



จากการศึกษา ทักษะคิดต่อความตายของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีทักษะคิดต่อความตายด้านการกลัวความตายในระดับน้อย (Lange, Thom, & Kline, 2008) และทักษะคิดต่อความตายด้านการยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติอยู่ในระดับมากที่สุด (Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2007; Lange, Thom, & Kline, 2008) และจากการศึกษาเกี่ยวกับทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับสูง (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2007; Lange, Thom, & Kline, 2008) และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับทักษะคิดต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Gama, Barbosa, & Vieira, 2012; Lange, Thom, & Kline, 2008) นอกจากนี้การศึกษาก็เกี่ยวกับทักษะคิด และพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาล ร้อยละ 94.4 มีทักษะคิดที่ดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และพบว่าทักษะคิดกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (Pokpalagon, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับทักษะคิดต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพมีน้อยมาก พบหนึ่งงานวิจัยเป็นการศึกษาของนุชานถ (2556) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว พบว่า ทักษะคิดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

### **ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม**

เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ภายในองค์กรมีผลกระทบต่อบรรยากาศ และบุคคลภายในองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยบรรยากาศองค์กร (Organization Climate) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อสมรรถนะในการทำงาน

### **บรรยากาศองค์กร**

บรรยากาศองค์กร เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นของบุคคล เป็นการรับรู้ลักษณะต่างๆ ขององค์กร ในแง่ต่างๆ มีผู้ให้ความหมายของบรรยากาศองค์กรในหลายลักษณะ ซึ่งสรุปได้ว่าบรรยากาศองค์กร หมายถึง กลุ่มของลักษณะต่างๆ ภายในองค์กรซึ่งสามารถรับรู้ได้โดยบุคลากรใน

องค์การนั้น (ปรีชาพร, 2551; วีรศักดิ์, 2548; อ่ำภา, 2549; Gray, 2007) ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลต่อทัศนคติและความพึงพอใจที่บุคลากรมีต่อองค์การ (อ่ำภา, 2549) และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของบุคคลตลอดจนประสิทธิภาพของงานด้วย (ปรีชาพร, 2551; วีรศักดิ์, 2548; อ่ำภา, 2549)

### องค์ประกอบของบรรยากาศองค์การ

องค์การเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน เพราะเป็นการอยู่ร่วมกันของบุคลากรรวมทั้งสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมเป็นบรรยากาศที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดบรรยากาศองค์การตามแนวคิดของสตริงเจอร์ ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดบรรยากาศองค์การมาจากแนวคิดของลิทวินและสตริงเจอร์ (Stringer, 2002 อ้างใน ฉัฐพร, 2552) เนื่องจากบรรยากาศองค์การตามกรอบแนวคิดของสตริงเจอร์ มีความชัดเจนในรายละเอียดของบรรยากาศองค์การที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานของสมาชิกในองค์การ และเป็นมิติที่มีผลต่อบุคลากรและประสิทธิผลขององค์การ โดยแบ่งบรรยากาศองค์การที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การเป็น 6 มิติ ดังนี้

1. *โครงสร้าง (structure)* หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรว่าหน่วยงานมีการจัดโครงสร้างที่ดีและมีคำอธิบายบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรอย่างชัดเจน โครงสร้างที่ดีควรระบุว่าใครควรทำงานอะไรและใครมีอำนาจตัดสินใจ ความรู้ที่ควรมีโครงสร้างที่ดีมีผลอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2. *มาตรฐาน (standards)* หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรว่ามีแรงผลักดันให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มระดับความภาคภูมิใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการทำงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานสูง หมายความว่า บุคคลมองหาวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติงานอยู่เสมอ มาตรฐานต่ำแสดงให้เห็นว่ามีความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ต่ำ

3. *ความรับผิดชอบ (responsibility)* หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรต่อการได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานได้ ความรับผิดชอบระดับสูงแสดงว่าผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง ความรับผิดชอบระดับต่ำแสดงว่าไม่ได้รับการสนับสนุนให้บุคลากรในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง

4. *การได้รับการยอมรับ (recognition)* หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรว่าจะได้รับรางวัลเมื่อปฏิบัติงานได้ดี การได้รับการยอมรับนี้เป็นการมุ่งเน้นที่รางวัลและคำชื่นชมหรือการ

ลงโทษ การได้รับความสนใจ การได้รับการยกย่อง การยอมรับว่าเป็นคนสำคัญ บรรยากาศที่มีการให้การยอมรับในระดับสูงมีความเหมาะสมระหว่างรางวัลและคำติชมหรือการลงโทษ การได้รับการยอมรับในระดับต่ำ หมายความว่าปฏิบัติงานได้ดีแต่ไม่ได้มีการให้รางวัลอย่างสม่ำเสมอ

5. การสนับสนุน (support) หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรว่าได้รับการไว้วางใจ และการส่งเสริมจากหน่วยงาน มีความร่วมมือร่วมใจในทีมงาน และมีเป้าหมายร่วมกัน การทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของงาน การสนับสนุนในระดับสูง หมายถึง การที่บุคคลรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานที่มีประสิทธิภาพได้รับความช่วยเหลือจากทีมงานและผู้บังคับบัญชา ส่วนการสนับสนุนในระดับต่ำบุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยว และอ้างว้างไม่ได้รับความช่วยเหลือจากทีมงานหรือผู้บังคับบัญชา

6. ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรว่ามีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งขององค์การรู้สึกผูกพันกับองค์การมีเป้าหมายที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายขององค์การ ความรู้สึกยึดมั่นผูกพันระดับสูง หมายถึง บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การ มีความจงรักภักดีในระดับสูง และทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ถ้าความยึดมั่นผูกพันในองค์การของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรจะรู้สึกแยกกับองค์การและเป้าหมายขององค์การ

ลักษณะของบรรยากาศในไอซียู พบว่า โครงสร้างของไอซียูโดยส่วนใหญ่มีความชัดเจน แยกเป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์การแพทย์ที่หลากหลาย ประกอบกับมีเสียงสัญญาณเตือนต่างๆ จากเครื่องมือแพทย์ มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะดวกต่อการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการออกแบบสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมีแนวทางปฏิบัติและนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา นอกจากนี้มีบุคลากรที่หลากหลายจากทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า บรรยากาศที่เงียบสงบ ลดการใช้เสียงดัง เอื้อความเป็นส่วนตัวภายในหอผู้ป่วยนั้นจะช่วยส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ (คูสิต, 2550; Kongsuwan & Locsin, 2009) นอกจากนี้ พบว่า จากการศึกษาของอรพรรณ (2551) นโยบายและการบริหารจัดการเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลไอซียูมีการพัฒนาตนเองให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนแนวคิดบรรยากาศองค์การ ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในระดับสูงหรือต่ำได้ นอกจากนี้ พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำเครื่องมือที่พัฒนามาจากของลิทวิน และสตริงเจอร์ปี 1968 ซึ่งเป็นแนวคิดดั้งเดิม และสตริงเจอร์นำมาปรับปรุงในปี 2002 มาปรับใช้อย่าง

หลากหลาย ผลการวิจัยก็เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (จินดา, 2552; ฉัฐพร, 2552; เตือนใจ, 2548; เพชรลดา, 2548; วิมล, 2546; วิมล, 2547; สิริรักษ์, 2551; Ying et al., 2007) ซึ่งเป็นไปได้ที่บรรยากาศองค์กรจะมีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู นับว่าเป็นภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต มีปัญหาซับซ้อนไม่เพียงแต่ด้านร่างกายเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคมเป็นสิ่งที่ทีมผู้ดูแลไม่ควรมองข้าม มุมมองของทีมผู้ดูแลพบว่าเป็นการยากที่จะพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ในทางกลับกันในบริบทของการปฏิบัติบ่อยครั้งที่ทีมแพทย์และพยาบาลจะสังเกตลักษณะอาการและอาการแสดง ตลอดจนสัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อบ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าการรักษาทางการแพทย์จะไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลายด้าน ได้แก่ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การจัดการกับอาการ การตัดสินใจโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การสื่อสาร การดูแลอารมณ์ของทีมดูแล และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พบว่ามีหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ทั้งในส่วนของตัวบุคคลนั้นคือทีมผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา ความรู้และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงทัศนคติต่อความตายของพยาบาล นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานหรือบรรยากาศองค์กรก็เป็นประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง มาตรฐานหรือแนวทางความรับผิดชอบ การสนับสนุนของหน่วยงาน การได้รับการยอมรับ และความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร ซึ่งบุคลากรที่ให้การดูแลควรที่จะรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู เพื่อสามารถให้การตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและพัฒนาศักยภาพได้อย่างสอดคล้องกับมาตรฐานขององค์กรส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูถือเป็นสมรรถนะหนึ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในไอซียู เป็นส่วนหนึ่งที่บ่งบอกถึงระดับความสามารถของบุคคลทำให้ทราบถึงสิ่งที่

ต้องส่งเสริมและพัฒนาผ่านรูปแบบการประเมินของแต่ละบุคคล ทั้งนี้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูถือเป็นมาตรฐานที่แสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู นั่นคือ กระบวนการตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วย (Intensive Care Unit: ICU) โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 22 โรงพยาบาล ข้อมูลบุคลากรพยาบาลในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 518 คน (รวบรวมข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาลของทุกโรงพยาบาลในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2557)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วย (Intensive Care Unit: ICU) โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย และได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 226 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2559

## ขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดโดยใช้สูตรของยามานาเน (Yamanac, 1973 อ้างตาม บุญใจ 2553) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง = กำหนด 5 %  
 N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด  
 n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 226 ราย

จากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า งานวิจัยของพรหมพากุล (Promphakul, 2011) ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลในโรงพยาบาลภาคใต้ พบว่า ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนกลับไม่ครบ โดยได้รับคืนกลับ คิดเป็นร้อยละ 98.06 งานวิจัยของนุชนาด (2556) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนกลับร้อยละ 97 และจากการศึกษาของกนกพร (2553) ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ได้รับแบบสอบถามคืนกลับมากคิดเป็นร้อยละ 90 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างศึกษาอีกร้อยละ 10 และเพื่อป้องกันกรณีที่แบบสอบถามได้รับกลับมาไม่สมบูรณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 260 คน

## การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 เลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นแบบใช้สัดส่วนที่เท่ากัน (proportionate stratified random sampling) ซึ่งการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นตัวแทนมาจากกลุ่มย่อยทุกกลุ่มที่ศึกษา และมีความเป็นตัวแทนที่ดีของแต่ละชั้น (บุญใจ, 2553) โดยผู้วิจัยแบ่งชั้น

ตามชนิดของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ หลังจากนั้นแบ่งเป็น 2 เขต ตามลักษณะภูมิศาสตร์และเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล คือ ภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากรายชื่อโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ด้วยสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ของขนาดตัวอย่าง (บุญใจ, 2553) ได้รายชื่อโรงพยาบาล 13 โรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วน (บุญใจ, 2553) จากสูตร ขนาดตัวอย่าง =  $n \times n1/N$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย (n = 260)
	n1	คือ	ขนาดตัวอย่างที่สุ่มจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้น
	N	คือ	จำนวนประชากรทั้งหมด (N = 335)

ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลตรังซึ่งมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในไอซียูทั้งหมดจำนวน 29 คน จะได้  $(260 \times 29) / 335 = 22.50$  ราย ดังนั้นขนาดตัวอย่างของโรงพยาบาลตรัง มีจำนวน 22 ราย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากจากรายชื่อพยาบาลไอซียูในแต่ละโรงพยาบาลแบบไม่คืนที่ (simple random sampling without replacement) ให้ได้ครบจำนวน

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ก)



## ตารางที่ 1

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้

ชื่อโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกมา	จำนวนพยาบาลไอซียู ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลทั่วไป (เขตภาคใต้ตอนบน)		
(ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล สุ่มเลือก 5 โรงพยาบาล)		
1. โรงพยาบาลกระบี่	20	16
2. โรงพยาบาลระนอง	16	12
3. โรงพยาบาลตะกั่วป่า	9	7
4. โรงพยาบาลพังงา	13	10
5. โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์	15	12
โรงพยาบาลทั่วไป (เขตภาคใต้ตอนล่าง)		
(ทั้งหมด 7 โรงพยาบาล สุ่มเลือก 4 โรงพยาบาล)		
1. โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	41	32
2. โรงพยาบาลพัทลุง	23	18
3. โรงพยาบาลสงขลา	19	15
4. โรงพยาบาลสตูล	16	12
โรงพยาบาลศูนย์ (เขตภาคใต้ตอนบน)		
(ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล สุ่มเลือก 2 โรงพยาบาล)		
1. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	42	33
2. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	45	35
โรงพยาบาลศูนย์ (เขตภาคใต้ตอนล่าง)		
(ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล สุ่มเลือก 2 โรงพยาบาล)		
1. โรงพยาบาลหาดใหญ่	47	36
2. โรงพยาบาลตรัง	29	22
รวมกลุ่มตัวอย่าง 13 โรงพยาบาล	335	260

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำลงในช่องว่าง ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ทำงานปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยไอซียู ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือแบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู (Montagnini, Smith, & balistreri, 2012) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองและผู้เชี่ยวชาญในไอซียู และบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการสร้างแบบสอบถาม มีข้อคำถามต้นฉบับจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการนำมาแปล และปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของสังคมไทย เนื่องจากเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่มาจากฉบับดั้งเดิม และผ่านการทดสอบในบริบททางวัฒนธรรมของต่างประเทศ ซึ่งจะแตกต่างจากบริบทของการวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งในแบบสอบถามต้นฉบับดั้งเดิม พบว่าด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแลได้ค่าอัลฟาครอนบราว 0.25 และด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณไม่สามารถหาค่าอัลฟาครอนบราวได้ ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการปรับข้อคำถามใน 2 ด้านนี้ ให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม และเพิ่มจำนวนข้อคำถามจากเดิม 28 ข้อ เป็นข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ดังนี้ ปรับข้อคำถามด้านความรู้ (ข้อ 1-12) ข้อคำถามด้านทัศนคติ (ข้อ 13-23) และข้อคำถามทักษะ (ข้อ 24-34) และเพิ่มข้อคำถามด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ และด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล จำนวน 3 ข้อ

1. ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (ข้อคำถาม 9,10,11)
2. ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ (ข้อคำถาม 12,18,19,20)
3. ด้านการจัดการกับอาการ (ข้อคำถาม 1,2,3,4,5,8,15)
4. ด้านการตัดสินใจ (ข้อคำถาม 6,7,13,14,24,25)
5. ด้านการสื่อสาร (ข้อคำถาม 16,26,27,28,29,30,31)

6. ด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล (ข้อคำถาม 17,21,22,23,34)

7. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ข้อคำถาม 32,33)

แบบประเมินสมรรถนะมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกรับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

5	หมายถึง	มีการแสดงถึงสมรรถนะดังกล่าวมากที่สุด
4	หมายถึง	มีการแสดงถึงสมรรถนะดังกล่าวมาก
3	หมายถึง	มีการแสดงถึงสมรรถนะดังกล่าวปานกลาง
2	หมายถึง	มีการแสดงถึงสมรรถนะดังกล่าวน้อย
1	หมายถึง	มีการแสดงถึงสมรรถนะดังกล่าวน้อยที่สุด
0	หมายถึง	ไม่เคยแสดงถึงสมรรถนะดังกล่าว

การแปลผลคะแนน

ดังนั้น คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 170 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนเฉลี่ยในการแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียู ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พยาบาลไอซียู มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้หลักทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด) กำหนดเกณฑ์โดยนำคะแนนทั้งหมดที่ได้ นำมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด และหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่งเพื่อกำหนดทิศทางของคะแนนโดยกำหนดช่วงคะแนนมาตราวัดดังนี้

คะแนน 3.34 – 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพแสดงถึงสมรรถนะด้านนั้นๆ อยู่ในระดับสูง

คะแนน 1.67 – 3.33 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพแสดงถึงสมรรถนะด้านนั้นๆ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0 – 1.66 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพแสดงถึงสมรรถนะด้านนั้นๆ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (Attitude Toward death and the dying patients) ของทัศนานันทาและกนกพร (2541) ซึ่งสร้างมาจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.60 และได้มีการนำเครื่องมือมาใช้ในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (นุชนาด, 2556) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.74 แบบสอบถามมีข้อคำถาม 17 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ (ข้อ 1, 3,

,4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17) และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ (ข้อ 2, 6, 10, 13, 15) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Likert scale) โดยแบ่งข้อคำถามแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

#### การแปลผลคะแนน

ดังนั้น คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 17 ถึง 85 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้คะแนนเฉลี่ยในการแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดช่วงคะแนนและเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับสูง	คะแนน 3.68 - 5.00	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อความตาย
ระดับปานกลาง	คะแนน 2.34 - 3.67	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อความตาย
ระดับต่ำ	คะแนน 1.00 - 2.33	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อความตาย

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดบรรยากาศองค์การของวิมล (2546) ซึ่งได้แปลจากแบบสอบถามบรรยากาศองค์การของสตริงเกอร์ (Stringer, 2002) แปลเป็นไทยจากต้นฉบับอังกฤษ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI = 0.96 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าแอลฟาของครอนบาค 0.92 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านมาตรฐาน 3) ด้านความรับผิดชอบ 4) ด้านการได้รับการยอมรับ 5) ด้านการสนับสนุน 6) ด้านการยึดมั่นผูกพัน ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
1. โครงสร้าง	จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 1,3,4	ข้อ 2
2. มาตรฐาน	จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 5,6,7	ข้อ 8
3. ความรับผิดชอบ	จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 9,10,11,12	-
4. การได้รับการยอมรับ	จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 13,14,15	ข้อ 16
5. การสนับสนุน	จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 17,18,20	ข้อ 19
6. ความยึดมั่นผูกพัน	จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 21, 22, 23	ข้อ 24

แบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นปลายปิด มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

#### การแปลผลคะแนน

ดังนั้น ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าอยู่ระหว่าง 24 ถึง 120 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้คะแนนเฉลี่ยในการแปลผล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแปลผลคะแนนบรรยากาศองค์การ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บรรยากาศองค์การอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยกำหนดช่วงคะแนนและเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00	หมายถึง รับรู้ว่าบรรยากาศองค์การของหน่วยงานอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67	หมายถึง รับรู้ว่าบรรยากาศองค์การของหน่วยงานอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33	หมายถึง รับรู้ว่าบรรยากาศองค์การของหน่วยงานอยู่ในระดับต่ำ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การแปลภาษาของเครื่องมือ

เนื่องจากเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู (Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012) ซึ่งเป็นแบบสอบถามภาษาอังกฤษ ดังนั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการแปลย้อนกลับ ซึ่งมีกระบวนการแปลภาษาดังนี้ (นันทกาและสุจิตรา, 2554)

ขั้นตอนที่ 1 หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับแล้ว ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเครื่องมือฉบับที่ผู้วิจัยแปลให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของการแปลภาษาเป็นภาษาไทย

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษา (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) แปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งใช้ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษาจำนวน 2 ท่าน เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการแปล

ขั้นตอนที่ 4 นำเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับมาเปรียบเทียบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินเครื่องมือทั้งสองชุดเพื่อตรวจสอบความเหมือนกันของภาษา

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและขอบเขตความชัดเจนของเนื้อหา และตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู 1 ท่าน จากนั้นนำผลการตรวจสอบแบบสอบถามและข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาพิจารณาเป็นรายข้อคำนวณหาความตรงตามดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (I-CVI: item-level content validity index) ซึ่งต้องได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 หากข้อใดที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์นี้ ผู้วิจัยพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้เจ้าของเครื่องมือ

วิจัยต้นฉบับทราบถึงเหตุผลของการตัดแปลงและปรับเครื่องมือ ได้แก่ การปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม และนำมาคำนวณหาค่าความตรงดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามทั้งหมด (S-CVI: Scale - level content validity index) โดยนำค่าเฉลี่ย I-CVI รายข้อทั้งหมดรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ  $\geq .90$  (Polit & Beck, 2012) ดังนั้นสำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยแก้ไขเพิ่มเติมข้อคำถาม เพื่อให้เข้ากับบริบทของเมืองไทย และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งแบบสอบถามประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 (ภาคผนวก ง)

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 4 เป็นเครื่องมือวัดบรรยากาศองค์การของวิมล (2546) ผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เข้ากับบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู และได้ตรวจสอบเครื่องมืออีกครั้งโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 (ภาคผนวก ง)

#### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู เครื่องมือวัดทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย และเครื่องมือวัดบรรยากาศองค์การ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพไอซียูในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน และทดสอบซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 250 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในภาพรวม ทดสอบค่าความเที่ยงโดยนำมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังตารางที่ 2 (ภาคผนวก จ)

## ตาราง 2

การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง 30 คน	กลุ่มตัวอย่าง 250 คน
1. เครื่องมือประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	0.92	0.95
2. เครื่องมือวัดทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย	0.66	0.72
3. เครื่องมือวัดบรรยากาศองค์การ	0.85	0.89

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

## 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 แห่ง และสำเนาถึงกลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 ทำหนังสือติดต่อเพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ (ethics committee) ของโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูลจำนวน 13 แห่ง

1.3 ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลผู้รับผิดชอบ หรือผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนหอผู้ป่วยไอซียู และจำนวนชื่อของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยไอซียู ผู้วิจัยสุ่มพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานไอซียูเข้ากลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้และแจ้งผู้ประสานงานทราบ โดยผู้ประสานงานแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบล่วงหน้าเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนส่งเอกสารให้กลุ่มตัวอย่าง

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงาน ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาของแต่ละโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้สุ่มไว้ ทั้งหมด 13 โรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบาย



รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัยทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนรายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูล อธิบายลักษณะและวิธีการใช้เครื่องมือวิจัยทั้ง 4 ส่วน การตรวจสอบจำนวนของแบบสอบถาม และวิธีการดำเนินการแจกแบบสอบถามเพื่อให้เข้าใจขั้นตอน และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์

## 2. ขั้นตอนดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมใบแสดงข้อความพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างถึงผู้ประสานงาน โดยผ่านกลุ่มการพยาบาลและให้ผู้ประสานงานช่วยแจกแบบสอบถามพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยกำหนดการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ และส่งแบบสอบถามคืนให้ผู้ประสานงานวิจัย ซึ่งจะตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

2.3 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 260 ชุด และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 250 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.15

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ไปเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมมอบเอกสารรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรให้กับผู้ช่วยนักวิจัยหรือผู้ประสานงานรับทราบและเข้าใจ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลรายละเอียดของงานวิจัย และข้อมูลการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายและชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์

ประโยชน์และวิธีการดำเนินวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับ มีสิทธิที่จะตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ข้อมูลและคำตอบวิจัยที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถขอลถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้นทั้งต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงาน หากมีข้อคำถามหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ช่วยนักวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามการวิจัย (ภาคผนวก ช)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียู นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลจำแนกรายด้านและโดยรวม
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ทักษะคิดของพยาบาลต่อความตาย บรรยากาศองค์การกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียู นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อนการวิเคราะห์ (ภาคผนวก ฉ) โดยการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) หรือค่า  $r$  ดังนี้ (Polit & Beck, 2012)

$r = 1$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r$ มีค่าระหว่าง .30 - .70	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลข้อ 3 - 4 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อนการวิเคราะห์ (ภาคผนวก ซ)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะของพยาบาลต่อความตาย และบรรยากาศองค์การกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ในหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 13 โรงพยาบาล แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 9 แห่ง จำนวน 250 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2559

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูทั้ง 7 ด้าน จำแนกภาพรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

## ผลการวิจัย

หลังจากผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 ฉบับ พบว่า ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 250 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.15

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพไอซียูทั้งหมด จำนวน 250 คน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการจำแนกลักษณะข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98 มีช่วงอายุระหว่าง 22 – 55 ปี อายุเฉลี่ย 33.62 ปี ( $SD = 7.13$ ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 อยู่ในสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 77.6 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 22.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.2 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 49.2 และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 50.8 โดยหอผู้ป่วยไอซียูที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในแผนกอื่นๆ (รวมทุกแผนกทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม) ร้อยละ 39.2 รองลงมา คือ อายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 33.6 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในไอซียูอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.2 และกว่าครึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 54.8 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 70.8 ส่วนใหญ่โรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานมีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 95.2 (ตาราง 3)

## ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล  
( $N = 250$ )

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	2
หญิง	245	98
อายุ (ปี) ( $M = 33.62$ , $SD = 7.13$ , $Max = 55$ , $Min = 22$ )		
20-30	105	42
31-40	102	40.8
41-50	38	15.2
51-60	5	2
สถานภาพ		
โสด	112	44.8
คู่	130	52
หย่า/แยกกันอยู่	6	2.4
หม้าย	2	0.8
ศาสนา		
พุทธ	194	77.6
อิสลาม	56	22.4
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	233	93.2
ปริญญาโท	16	6.4
ปริญญาเอก	1	0.4
โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	123	49.2
โรงพยาบาลทั่วไป	127	50.8

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หอผู้ป่วยไอซียูที่ท่านปฏิบัติงาน		
อายุรกรรม	84	33.6
ศัลยกรรม	68	27.2
ไอซียูรวม (อายุรกรรมและศัลยกรรม)	98	39.2
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยไอซียู (ปี)		
$(M = 8.7, SD = 6.67, Max = 32, Min = 1)$		
1-5	113	45.2
6-10	55	22
>10	82	32.8
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	137	54.8
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	110	44
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	1	0.4
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	2	0.8
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ราย)		
ไม่เคย	7	2.8
1-5	178	71.2
6-10	29	11.6
>10	36	14.4
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
ไม่เคย	177	70.8
เคย	73	29.2
หน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
ไม่มี	12	4.8
มี	238	95.2

## ส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ผลการศึกษาศมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ทั้ง 7 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.73, S.D.=0.62$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านจากมากไปน้อย พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ( $M=4.20, S.D.=0.54$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับอาการ ( $M=3.36, S.D.=1.00$ ) (ตาราง 4)

ตาราง 4

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูทั้ง 7 ด้าน จำแนกโดยรวมและรายด้าน ( $N=250$ )

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียูรายด้าน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว	3.43	1.06	สูง
2. ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ	4.20	0.54	สูง
3. ด้านการจัดการกับอาการ	3.36	1.00	สูง
4. ด้านการตัดสินใจ	3.62	0.74	สูง
5. ด้านการสื่อสาร	3.75	0.59	สูง
6. ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล	4.19	0.52	สูง
7. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.57	0.85	สูง
โดยรวม	3.73	0.62	สูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยข้อคำถามรายข้อ พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ พยาบาลควรจะแสดงออกโดยการให้เกียรติ/เคารพการตายของผู้ป่วยในไอซียู (ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล) ( $M=4.53, S.D.=0.68$ ) รองลงมา คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบในช่วงเวลาของการตาย (ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ) ( $M=4.46, S.D.=0.68$ ) และการอำนวยความสะดวกในการ



ปฏิบัติด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว (ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ) ( $M = 4.46, S.D. = 0.62$ ) (ตาราง 5)

ตาราง 5

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกตามรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $N = 250$ )

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	$M$	$SD$	ระดับ
1. การแสดงออกโดยการให้เกียรติ/เคารพการตาย ของผู้ป่วยในไอซียู	4.53	0.68	สูง
2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเป็นในช่วงเวลาของ การตาย	4.46	0.68	สูง
3. การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิต วิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของ ผู้ป่วยและครอบครัว	4.46	0.62	สูง
4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่ง สนับสนุนทางจิตวิญญาณ	4.42	0.69	สูง
5. การส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสห สาขาวิชาชีพช่วยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในไอซียู	4.39	0.68	สูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยข้อคำถามรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยค่าส่วนใหญ่อยู่ในสมรรถนะระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรกอยู่ในด้านการจัดการกับอาการ คือ การจัดการอาการปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ( $M = 3.08, S.D. = 1.32$ ) รองลงมา คือ การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา ( $M = 3.28, S.D. = 1.36$ ) และการจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร ( $M = 3.32, S.D. = 1.21$ ) (ตาราง 6)

## ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ  
ในไอซียู จำแนกตามรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $N = 250$ )

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. การจัดการอาการปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา	3.08	1.32	ปานกลาง
2. การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา	3.28	1.36	ปานกลาง
3. การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร	3.32	1.21	ปานกลาง
4. การจัดการอาการทางระบบประสาท/อาการทาง จิต	3.33	1.25	ปานกลาง
5. การระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยและ ครอบครัว	3.35	1.21	สูง

ผลการศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย และระดับการรับรู้บรรยากาศ  
องค์การของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความตายและ  
การรับรู้บรรยากาศองค์การ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.03, S.D. = 0.34$  และ  $M = 3.76, S.D. =$   
 $0.46$  ตามลำดับ) (ตาราง 7)

## ตาราง 7

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทัศนคติต่อความตาย และระดับการรับรู้บรรยากาศ  
องค์การของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกโดยรวม ( $N = 250$ )

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ทัศนคติต่อความตาย	4.03	0.34	สูง
2. บรรยากาศองค์การ	3.76	0.46	สูง

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บรรยากาศองค์กร การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.603, p < 0.01; r = 0.316, p < 0.01$  ตามลำดับ) ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.221, p < 0.01; r = 0.214, p < 0.01; r = 0.158, p < 0.05$  ตามลำดับ) และจากผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างอายุ ประสบการณ์การทำงานใน ไอซียู กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู อย่างไรก็ตามอายุและประสบการณ์การทำงานใน ไอซียูมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆ (ตาราง 8)

ตาราง 8

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (N= 250 คน)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1							
2. อายุ	.107 <sub>a</sub>	1						
3. ประสบการณ์ทำงานในไอซียู	.099 <sub>a</sub>	.754 <sub>a</sub> **	1					
4. ประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.214 <sub>b</sub> **	.086 <sub>b</sub>	.130 <sub>b</sub> *	1				
5. ระดับการศึกษา	.158 <sub>b</sub> *	.322 <sub>b</sub> **	.266 <sub>b</sub> **	.216 <sub>b</sub> **	1			
6. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.316 <sub>b</sub> **	.308 <sub>b</sub> **	.264 <sub>b</sub> **	.122 <sub>b</sub>	.281 <sub>b</sub> **	1		
7. ทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย	.221 <sub>a</sub> **	.014 <sub>a</sub>	.103 <sub>a</sub>	-.006 <sub>a</sub>	-.093 <sub>a</sub>	-.017 <sub>a</sub>	1	
8. บรรยากาศองค์กร	.603 <sub>a</sub> **	-.026 <sub>a</sub>	-.035 <sub>a</sub>	.042 <sub>a</sub>	-.068 <sub>a</sub>	.181 <sub>a</sub> **	.391 <sub>a</sub> **	1

หมายเหตุ

\*\*  $P < .01$ ; \*  $P < .05$

a = Pearson's product moment correlation coefficient

b = Point biserial correlation

## อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูในหอผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพไอซียู ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย มีจำนวน 250 ราย โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 49.2 และ 50.8 ตามลำดับ โดยหอผู้ป่วยไอซียูที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยไอซียูรวม (รวมทุกแผนกทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม) คิดเป็นร้อยละ 39.2 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในไอซียูมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.2

โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 2.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมานของนุชนาด (2556) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ของประเทศไทยเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1- 5 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.8 ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาทกุล (Prompahakul et al., 2011a) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในเขตจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย และเป็นกลุ่มพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 360 คน โดยพบว่าพยาบาลกว่าครึ่ง ร้อยละ 59.5 ไม่เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกับการศึกษาของชนิดฐาและคณะ (2554) ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 86 ราย พบว่า พยาบาลมากที่สุดร้อยละ 62.8 ไม่เคยอบรม

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาเกี่ยวกับทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 717 ราย พบว่า มีพยาบาลร้อยละ 78 ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 56.5 ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในต่างประเทศจะมีหน่วยงานที่คอยให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถจัดการอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้โดยตรง

## ส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไต้หวัน

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไต้หวันในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งหากอธิบายตามหลักการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะเป็นการรวมถึงคุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทระบบบริการสุขภาพตามขอบเขตของกลุ่มผู้รับและให้บริการ โดยสำหรับการศึกษสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไต้หวันในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะทางคลินิกในด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในไต้หวัน ทั้งนี้บุคคลย่อมมีความสามารถ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานจนถึงผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพไต้หวัน และร้อยละ 54.8 เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ รองลงมา ร้อยละ 44 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ปฏิบัติงานด้านคลินิกเป็นส่วนใหญ่ทำให้มีประสบการณ์ทางคลินิกที่ทำให้เกิดความรู้ ความสามารถทางคลินิก (Clinical Knowledge) เพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยไต้หวันอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.2 ซึ่งตามแนวคิดของเบนเนอร์ (Benner, 1984) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นระยะเวลา 3-5 ปี จะสามารถรับรู้สถานการณ์ และการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบองค์รวม สามารถพิจารณาตัดสินใจ และมีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง สามารถแก้ไขปัญหาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ และผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพในไต้หวันมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด 1-5 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ทั้งนี้ประสบการณ์ในวิชาชีพทำให้พยาบาลวิชาชีพได้มีโอกาสฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติงานทำให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงาน และการมีประสบการณ์ในงานใดก็ตามจะส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้นทั้งนี้กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1-5 รายต่อเดือน และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานในไอซียูมาก่อน ทำให้สามารถเข้าใจและให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูอย่างครบองค์รวม ส่งผลให้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตามประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น โดยตรงก็มีบทบาทสำคัญ เพราะได้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจในเรื่องนั้นมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ (2551) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดทำให้พยาบาลเข้าใจในบทบาท และยอมรับความรู้สึกความต้องการของญาติและผู้ป่วยมากขึ้น อาจเป็นไปได้ว่านอกเหนือจากประสบการณ์ของการทำงานในไอซียูและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้ว ประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาถึงประเด็นของการมีประสบการณ์ตรงในการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูอยู่ในระดับสูง

ส่วนการมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทีม ทำให้บุคลากรในทีมมีความเข้าใจเป้าหมายการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของแอนเซมและคณะ (Anselm et al., 2005) พบว่า การขาดการติดต่อประสานงาน และไม่มีแลกเปลี่ยนระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 95.2 ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สมรรถนะพยาบาลไอซียูอยู่ในระดับสูง

จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูจากคะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงส่วนใหญ่อยู่ในสมรรถนะระดับสูง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก อยู่ในด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล และด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (ตาราง 5) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำส่วนใหญ่อยู่ในสมรรถนะระดับปานกลาง และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรกอยู่ในด้านการจัดการกับอาการทั้งหมด (ตาราง 6) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พยาบาลควรจะสามารถออกโดยการให้เกียรติ/เคารพการตายของผู้ป่วยในไอซียู ( $M = 4.53, SD = 0.68$ ) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดรองลงมา คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเป็นสิ่งจำเป็นในช่วงเวลาของการตาย ( $M = 4.46, SD = 0.68$ ) และควรอำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว ( $M = 4.46, SD = 0.62$ ) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ซึ่งการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนทำให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์และจัดการกับปัญหาต่างๆสามารถเข้าใจ และแสดงออกถึงกระบวนการส่งเสริมการตายอย่างสงบแก่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิตในไอซียู ซึ่งมี 3 กระบวนการหลัก คือ 1) การเฝ้าระวังการตาย 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมของการดูแล 3) การส่งเสริมการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การเตรียมการตายและการดูแลหลังการตาย (Kongsuwan & Locsin, 2009) ดังนั้นเป็นไปได้ว่า เมื่อช่วงเวลาความตายของผู้ป่วยมาถึง พยาบาลไอซียูจะเข้าสู่ช่วงเวลาของการดูแลหลังการตายโดยการแสดงความเคารพและให้เกียรติผู้ป่วยที่เสียชีวิต ด้วยการส่งเสริมให้ครอบครัวประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ แสดงความเคารพในศักดิ์ศรีอย่างที่เขาเป็นเช่นเดียวกับที่มีชีวิตอยู่ การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเป็นส่วนตัวไม่เปิดเผย

นอกจากนี้ พบว่าข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (จารุวรรณและสุพัตรา, 2555) ดังนั้นเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในไอซียูจึงแสดงบทบาทที่ตอบสนองต่อความต้องการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านจิตวิญญาณ ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเพื่อส่งเสริมการตายและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามวัฒนธรรมความเชื่ออยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤต พบว่ามี 5 ด้าน ได้แก่ 1) การให้กำลังใจ 2) การอำนวยความสะดวก ในการทำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ 3) การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และ 5) การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Lundbery & Kerdonfag, 2010)

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดการอาการปวดในผู้ป่วย ใกล้ตายด้วยวิธีการไม่ใช่ยา เช่น การใช้ความร้อน ความเย็น การนวด เทคนิคการผ่อนคลาย ( $M = 3.08, SD = 1.36$ ) รองลงมา คือ การจัดการความปวดในผู้ป่วยใกล้ตายด้วยวิธีการใช้ยา เช่น ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนและอนุพันธ์ ยากลุ่มต้านอาการชัก ยากลุ่มต้านภาวะซึมเศร้า ( $M = 3.28, SD = 1.36$ ) และการจัดการอาการระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกและลำไส้อุดตัน ( $M = 3.32, S.D. = 1.21$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ในไอซียูบทบาทในการรักษา และคำสั่งการใช้ยาจะเป็นบทบาทของแพทย์ซึ่งไม่ใช่เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง จากการสำรวจในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Puntillo et al., 2001) พบว่าพยาบาลไอซียูส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดในผู้ป่วย



ระยะสุดท้าย แต่บ่อยครั้งที่พยาบาลไอซียูพบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ แต่ภายใต้บทบาทและหน้าที่พยาบาลไอซียูต้องปรึกษาแพทย์เพื่อขอให้มีการสั่งการรักษาให้ยาหรือเพิ่มขนาดยา เพื่อบรรเทาอาการให้แก่ผู้ป่วย และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้จากผลการวิจัยพบว่าการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (ชนิดธนาและคณะ, 2554; แพรวพรรณ, 2551) จึงเป็นไปได้ว่าการไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งผลให้พยาบาลไอซียูมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวนอยู่ในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงทุกด้านซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูเป็นการดูแลอย่างครบวงจรครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่ความตายอย่างสงบ ผู้วิจัยอภิปรายผลรายด้าน ดังนี้

1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ( $M = 4.20, S.D. = 0.54$ ) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายมิติด้านจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งที่พยาบาลไอซียูให้ความสำคัญไม่น้อยกว่ามิติด้านอื่นๆนอกเหนือจากมิติด้านร่างกาย เพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิต เชื่อมมิติด้านกาย จิต และจิตสังขมของบุคคล อีกทั้งยังเป็นความหวังและเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจโดยเฉพาะในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผ่านพ้นความทุกข์ทรมานและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและครอบครัวมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (จารุวรรณและสุพัตรา, 2555) จึงส่งผลให้พยาบาลไอซียูมีโอกาสแสดงถึงสมรรถนะด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณทำให้สมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับสูงที่สุด

2) ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ( $M = 3.43, S.D. = 1.06$ ) จากผลการวิจัยพบว่า อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตการดูแลด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างมากทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ต้องเผชิญกับความตายซึ่งเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต อาจรู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก (จำลอง, 2547) ส่วนของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูซึ่งก็ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวการสูญเสียและกังวลว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย ซึ่งจะเห็นว่าทั้งผู้ป่วยและญาติมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจ (ยุวนิดา, 2550) จึงอาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลไอซียูในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลไอซียู

มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ซึ่งการได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนจะทำให้พยาบาลไอซียูเข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการในด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวจึงสามารถแสดงออกถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ (2551) พบว่า พยาบาลไอซียูจะให้การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยใกล้ตายโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับญาติมากที่สุด ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยและสัมผัสผู้ป่วยแทนญาติ การส่งเสริมให้จิตใจของผู้ป่วยสงบโดยการให้ฟังบทสวดมนต์หรือธรรมะ และการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ประทับใจของญาติ ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับสูง

3) ด้านการจัดการกับอาการ ( $M = 3.36, S.D. = 1.00$ ) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อยู่ในระดับสูงแต่เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยกับด้านอื่นๆ พบว่าอยู่ในอันดับต่ำที่สุด อธิบายได้ว่าพยาบาลไอซียูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา จึงสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายรวมทั้งอาการรบกวนต่างๆ ได้อย่างชัดเจน สิ่งหนึ่งที่พยาบาลไอซียูสามารถทำได้โดยอยู่ในบทบาทและหน้าที่นอกเหนือจากภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ นั่นคือ การควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ซึ่งจะเห็นว่าบทบาทพยาบาลไอซียูจะมุ่งเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤต จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อย่างหนึ่งที่ได้สังเกตเห็นได้ชัดและสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว คือ อาการรบกวนทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อาการรบกวนที่พบเกิดจากสภาวะของโรค จากสิ่งแวดล้อมกระตุ้น การทำหัตถการต่างๆ และผู้ป่วยตอบสนองด้วยการแสดงออกมาทางร่างกายที่พบบ่อย คือ ความปวด อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ระดับความรู้สึกตัวลดลง และภาวะสับสนเฉียบพลัน (Solano, Gomes, & Higginson, 2006) ซึ่งพยาบาลไอซียูจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตโดยมีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย จึงส่งผลให้พยาบาลไอซียูมีสมรรถนะด้านการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง

4) ด้านการตัดสินใจ ( $M = 3.62, S.D. = 0.74$ ) จากผลการวิจัย พบว่าอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การตัดสินใจเป็นการให้ความสำคัญว่าผู้ป่วยและครอบครัว คือ ศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งจะต้องมีการระบุถึงความต้องการในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว และจะต้องอยู่บนความต้องการหรือสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากให้ทำ ทั้งนี้กระบวนการตัดสินใจต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก (Day, 2000) จากผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนทำให้มีความมั่นใจในการพูดคุยอภิปรายเกี่ยวกับเจตนาธรรมและความต้องการของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาทกุลและคณะ (Prompahakul et al, 2011a) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความมุ่งมั่นที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับสูงและนอกจากนี้ในไอซียู การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการหนึ่งในด้าน การตัดสินใจที่เกิดขึ้นได้บ่อย ซึ่งเป็นการพูดคุยปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลและช่วยให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในอนาคตในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ และปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่จะมีประเด็นของการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลือกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นทางด้านจริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งประเด็นทั้งหมดนี้จำเป็นต้องได้รับการเตรียมให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต โดยหนึ่งในนั้นคือ พยาบาลไอซียูที่มีหน้าที่เป็นเสมือนผู้ประสานงานระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลไอซียูต้องทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการตัดสินใจของทุกฝ่าย ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยผ่านกระบวนการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากบริบทของไอซียู พบว่า พยาบาลไอซียูจะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมี โอกาสสูงมากกว่าทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นที่จะพูดคุยและช่วยเหลือสนับสนุนด้านการตัดสินใจให้กับครอบครัวผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลไอซียูมีสมรรถนะด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง

5) ด้านการสื่อสาร ( $M = 3.75, S.D. = 0.59$ ) จากผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับสูง ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของบุคลากร ในภาวะวิกฤตการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องการความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพื่อสื่อสารในทีมรักษา ผู้ป่วย ญาติและครอบครัว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารระหว่างทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งนี้การสื่อสารที่มีคุณภาพต้องมียุทธศาสตร์ของการสื่อสารที่ชัดเจน จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.6 มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นไปได้ว่าการมีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดการสื่อสารที่มีคุณภาพซึ่งจะต้องมีการพบปะร่วมกันในทีมหลายสาขาเพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป้าหมายการดูแลรักษา รวมทั้งความต้องการและประเด็นที่ต้องตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ประเด็นนี้จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่ง

ที่ทำให้ในด้านการสื่อสารกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ (2556) เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยยะสุดท้าย พบว่าการมีทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะด้านการสื่อสารในระยยะสุดท้ายของพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของซาพูส (Spruyt, 2011) ทำการศึกษารูปแบบการทำงานเป็นทีมในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าการประสานงานภายในทีมช่วยให้ผู้ดูแลสามารถส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม มีการปรึกษาหารือเพื่อชี้แจงแนวทางเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นกุญแจสำคัญช่วยให้ทีมสามารถส่งต่อข้อมูลและทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Street & Blackford, 2001)

6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ทีมดูแล ( $M = 4.19, S.D. = 0.52$ ) ซึ่งเป็น การส่งเสริมสนับสนุนด้านการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า สมรรถนะด้านการสนับสนุนอารมณ์ทีมดูแลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลไอซียูมีการดูแลจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากพยาบาลไอซียูมีวิธีการสนับสนุนดูแลอารมณ์ของตนเองและเพื่อนร่วมทีมที่ดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้ายร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้ายของอรพรรณ (2551) พบว่า พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติเพื่อดูแลภาวะจิตใจของตนเองให้กลับสู่ภาวะปกติภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย ได้แก่ ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามความเชื่อที่เกี่ยวกับความตาย, ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ผู้ป่วย, ร้องไห้ระบายความรู้สึก นอกจากนี้จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งร้อยละ 70.8 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย อาจทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานและส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจมีความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.6 มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่าการมีทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้มีโอกาสในการพูดคุยสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งในหน่วยงานอาจจะมีเจ้าหน้าที่เฉพาะทางหลากหลายสาขาวิชาชีพ ที่สามารถให้การดูแลสนับสนุนความต้องการของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยได้ และอาจมีผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองหรือมีที่ปรึกษาอยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะทำหน้าที่ให้ความรู้และเป็นทีปรึกษาเพื่อสนับสนุนทีมดูแล ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่าการมีทีมสหสาขาวิชาชีพจะส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ทีมดูแลอยู่ในระดับสูง

7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ( $M = 3.57, S.D. = 0.85$ ) ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสมรรถนะที่สูง สามารถอธิบายได้จากผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย เป็นไปได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย

อาจมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้เกิดการส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของซาพุส (Spruyt, 2011) ทำการศึกษา รูปแบบการทำงานเป็นทีมในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า การประสานงานภายในทีมช่วยให้ผู้ดูแลสามารถส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม มีการปรึกษาหารือเพื่อชี้แจงแนวทางเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยคัดสรรได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม คือ บรรยากาศองค์กร ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

#### 1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

1.1) การได้รับการอบรมเพิ่มเติม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.310, p < 0.01$ ) (ตาราง 8) ซึ่งแสดงว่า พยาบาลวิชาชีพไอซียูที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลไอซียูที่ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทองทิพย์, 2551; นุชนาด, 2556; แพรวพรรณ, 2551; Ferrell et al., 2000; Prompahakul, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการอบรมเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่องทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ และสามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านมายังมีน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดร้อยละ 70.8 (ตาราง 3) ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นหน่วยงานควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลไอซียูได้เข้ารับการ

อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูและช่วยเสริมสร้างพัฒนาศกยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

1.2) ทักษะคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.221$ ,  $p<0.01$ ) (ตารางที่ 8) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีทักษะคติที่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูช่วยส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ทักษะคติของพยาบาลต่อการตายและผู้ป่วยใกล้ตายเป็นความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ส่วนบุคคลของพยาบาลเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การเข้าใจและยอมรับในการตาย (ทักษิณีย์, 2553; ศรีเกียรติ, 2553; Braun, Gordon, & Uziely, 2010) โดยทักษะคติต่อการตายจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งการมีทักษะคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับสูง (Pokpalagon, 2005) นั่นคือ หากพยาบาลมีทักษะคติที่ดีต่อความตายก็จะมีทักษะคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยเช่นกัน และจากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับสูง (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2007; Lange, Thom, & Kline, 2008) และทักษะคติต่อความตายของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับทักษะคติการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Hasheesh, Abozeid, Elsaid, & Alhujaili, 2013; Iranmanesh et al., 2007) และทักษะคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (บุษนาถ, 2556) ทั้งนี้จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=4.03$ ,  $S.D.=0.34$ ) (ตาราง 7) และมากที่สุดร้อยละ 97.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนทำให้เข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับการตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเกิดทักษะคติที่ดีต่อการตาย ส่งผลให้แสดงออกทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับที่ดีด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ประสบการณ์ตรงในอดีตเกี่ยวกับการตายนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของทักษะคติต่อความตาย (ทักษิณีย์, 2553) ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้ศึกษาถึงประสบการณ์ตรงในอดีตที่อาจมีผลต่อทักษะคติของพยาบาลต่อความตายและอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น

1.3) ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $r=0.159, p<0.05$ ) (ตาราง 8) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพไอซียูที่มีระดับการศึกษาสูงมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลไอซียูที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่สองที่สอนให้คนรู้จักกระบวนการคิดและแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายของพยาบาลของพรหมพาหุและคณะ (Prompahakul et al., 2011b) พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายดีกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 6.4 และ 0.4 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าทำให้ในผลการศึกษารั้งนี้ความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามจากตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่า ระดับการศึกษา ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมและประสบการณ์ในการทำงานในไอซียู แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มิวุฒิการศึกษาสูงอาจจะได้รับความรู้ ทักษะด้านต่างๆ มากขึ้น และมีโอกาสในการแสวงหาข้อมูลต่างๆมาใช้ในการทำงาน ดังนั้นการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างผู้ที่มีความรู้ทำให้พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดีด้วย ซึ่งผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทองทิพย์, 2551) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (เดือนใจ, 2548; สุทธิดา, 2553)

1.4) ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.214, p<0.01$ ) (ตาราง 8) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในไอซียูส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-5 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ซึ่งเป็นไปได้ว่า ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อยกว่า (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ซึ่งการที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นก่อให้เกิดความชำนาญ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์มาใช้ประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหาและจัดการกับปัญหาให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

1.5) อายุ จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (ตาราง 8) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ นั่นคือ อายุไม่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลในไอซียูจะมีอายุมากหรือน้อยไม่สามารถบอกถึงสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่พยาบาลจะแสดงสมรรถนะออกมาระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลด้านอื่น ๆ และภายนอกตัวบุคคล จากข้อมูลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร(ตาราง 8) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.308, p < 0.01$ ) และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลไอซียู ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทำให้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูสูงขึ้น แต่จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.8 น้อยที่สุดอยู่ในช่วง 51- 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 2 แสดงให้เห็นว่าจากผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากในไอซียูมีจำนวนน้อยกว่า และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในช่วงวัยกลางๆ อาจเนื่องจากภาระงานที่ยุ่งและต้องทำงานอย่างรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยประกอบกับบุคลากรพยาบาลที่มีอายุมากซึ่งอาจต้องทำงานด้านการบริหารวางแผนและนโยบายมากกว่าการลงปฏิบัติการพยาบาลด้านคลินิก ดังนั้นปัจจัยด้านอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่ามีจำนวนน้อย จึงอาจไม่เพียงพอในการอธิบายผลของการศึกษาได้

1.6) ประสิทธิภาพการทำงานในไอซียู จากผลการการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (ตาราง 8) นั่นคือ ประสิทธิภาพที่ปฏิบัติงานในไอซียูไม่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลไอซียูจะมีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในไอซียูมากหรือน้อย ไม่สามารถบอกถึงสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูได้ เนื่องจากประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความรู้เฉพาะเจาะจงที่ต้องมี แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่อยู่ในไอซียูมานาน แต่ถ้าช่วงเวลาที่อยู่ในไอซียูไม่ได้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ทำให้ไม่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสิทธิภาพที่ปฏิบัติงาน ไอซียูในช่วงเวลาที่ผ่านมามิอาจจะไม่เคยมีโอกาสได้ใช้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่างๆมาก่อน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประสิทธิภาพที่ปฏิบัติงานในไอซียูไม่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะ



สุดท้าย แม้ว่าประสบการณ์ในวิชาชีพทำให้พยาบาลวิชาชีพได้มีโอกาสฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติงานจนทำให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงาน แต่จำนวนปีที่เคยทำงานมาไม่ได้บ่งบอกว่าคนที่ทำงานนานปีกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่าคนที่ทำงานน้อยปีกว่า ทั้งนี้เพราะแต่ละวันที่ทำงานย่อมมีโอกาสได้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน เกิดการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน อาจทำให้มีความสามารถและทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต่างกันด้วย จากผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 5 ปี จะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด (อรรถยา, 2547) ซึ่งจากข้อมูลวิจัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในไอซียูอยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.2 ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเริ่มต้นของการปฏิบัติงานในไอซียูอาจมีความรู้หรือทักษะทั่วไปอื่นๆที่ต้องเรียนรู้อีกมากมาย ทำให้อาจมีโอกาสได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และจากข้อมูลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร(ตาราง 8) พบว่า ประสบการณ์การทำงานในไอซียูมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.130, p < 0.05$ ) จึงอาจเป็นไปได้ว่า นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์การทำงานในไอซียูแล้วอาจต้องมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมด้วยจึงจะส่งผลให้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูเพิ่มขึ้น

## 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

ผลการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศองค์การ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.603, p < 0.01$ ) (ตาราง 8) อธิบายได้ว่า เนื่องจากบรรยากาศองค์การเป็นกลุ่มของลักษณะต่างๆ ภายในองค์การซึ่งสามารถรับรู้ได้โดยบุคลากรในองค์การนั้น (วีรศักดิ์, 2548; ปรียาพร, 2551; อัมภา, 2549; Gray, 2007) ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของบุคคลตลอดจนประสิทธิภาพของงานด้วย (วีรศักดิ์, 2548; ปรียาพร, 2551; อัมภา, 2549; Gray, 2007) ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษา โดยพบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (จินดา, 2552; ฌัฐพร, 2552; เตือนใจ, 2548; เพชรลดา, 2548; วิมล, 2546; วิมล, 2547; สิริรักษ์, 2551; Ying et al., 2007) ทั้งนี้บรรยากาศองค์การที่ดีจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่ดี และมีผลการปฏิบัติงานที่ดีส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น ดังนั้นจากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศองค์การโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.76$ ,

$S.D. = 0.46$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าบรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูสูงขึ้น

เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การตามรายด้าน พบว่า บรรยากาศองค์การ ทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านมาตรฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูสูงสุดที่สุด ( $r=0.524, p < 0.01$ ) รองลงมาเป็นด้าน โครงสร้าง ( $r=0.509, p < 0.01$ ) และด้านการสนับสนุน ( $r=0.503, p < 0.01$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลปฏิบัติการและมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานภายในไอซียูอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ขาดความสามารถและความชำนาญในการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการดูแลวางแผนการพยาบาล ที่จะนำความรู้ไปใช้ประกอบการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งการขาดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวทางการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Nelson, 2006) ทำให้หน่วยงานต้องมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจถูกต้องตามมาตรฐาน สามารถตรวจสอบและประเมินคุณภาพเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น และเมื่อหน่วยงานมีการจัดโครงสร้างที่ดี ซึ่งมีผลอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้มาจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.6 มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน และอาจมีตัวแทนหรือแกนนำในหน่วยงานรวมทั้งแนวทางการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประกาศเป็นนโยบายของระดับโรงพยาบาลอย่างชัดเจนซึ่งมีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลไอซียูเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้การสนับสนุนของหน่วยงานหรือองค์การในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูได้ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนในด้านของทีมงาน หัวหน้างาน หรือบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความร่วมมือร่วมใจในทีมงานตลอดจนมีเป้าหมายร่วมกันซึ่งการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของงาน องค์การใดที่มีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมย่อมทำให้การดำเนินงานขององค์การบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ (บุญใจ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัสสร (2554) พบว่าอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีผลมากที่สุดท้าย ได้แก่ ข้อจำกัดของระบบงาน ไม่มีการสนับสนุนในการเตรียมบทสวดมนต์ตามความเชื่อของศาสนา ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

มุสลิมอย่างชัดเจน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระบบสนับสนุนในหน่วยงานมีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู

จากผลการวิจัยครั้งนี้ การยึดมั่นผูกพันกับองค์กรแม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู แต่ก็มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ สามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในไอซียู พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในไอซียูในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมา ทำงานในไอซียูในช่วงมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.80 ทั้งนี้บุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานนานจะมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูง เนื่องจากสามารถสะสมประสบการณ์ตลอดจนทักษะความชำนาญในงานตามระยะเวลาที่นานขึ้น ทำให้เพิ่มความตั้งใจในการทำงานมีโอกาสได้รับผลประโยชน์และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน จึงมีความต้องการลาออกจากงานน้อย ดังนั้นเมื่อบุคลากรปฏิบัติงานในองค์กรนานเท่าใดก็就会有ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากขึ้นเท่านั้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย บรรยากาศองค์การกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียูโรงพยาบาลในภาคใต้ จำนวน 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 9 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 แห่ง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยคำนึงถึงสัดส่วนประชากร (proportionate stratified random sampling) ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 ราย อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามกลับมาไม่ครบ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออกไปทั้งหมด 260 ชุด และได้รับกลับคืนมา 250 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.15

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (demographic questionnaire) ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู (Nurse's Competency of End of life for ICU patients questionnaire) โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่พัฒนาจากการศึกษาการประเมินผลการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู (Montagnini, Smith, & balistri, 2012) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากทิมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองและผู้เชี่ยวชาญในไอซียู และบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการสร้างแบบสอบถามจำนวน 28 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือปรับข้อคำถามเป็น 34 ข้อ ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (Attitude Toward death and the dying patients questionnaire) ของทัศนานันทาและกนกพร (2541) ซึ่งสร้างมาจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามวัดบรรยากาศองค์การซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดบรรยากาศองค์การของวิมล (2546) ซึ่งได้แปลจากแบบสอบถามบรรยากาศองค์การของสตริงก์เจอร์ Stringer (2002) โดยผู้วิจัยขออนุญาตปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2 และส่วนที่ 4 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งแบบสอบถามครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.98 และ 1 ตามลำดับ ส่วนการ

ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู เครื่องมือวัดทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และเครื่องมือวัดบรรยากาศองค์การไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือในภาพรวมและรายด้านซึ่งนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.92, 0.66 และ 0.85 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ทัศนคติของพยาบาลต่อความตายกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู โดยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู โดยการใช้สถิติการหาค่าความสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 250 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98 มีช่วงอายุระหว่าง 22 – 55 ปี อายุเฉลี่ย 33.62 ปี ( $SD = 7.13$ ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 อยู่ในสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 77.6 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 22.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.2 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 49.2 และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 50.8 โดยหอผู้ป่วยไอซียูที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นไอซียูรวมทุกแผนกทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ อายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.6 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในไอซียูอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.2 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 54.8 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.8 และโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานโดยส่วนใหญ่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 95.2

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ทั้ง 7 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.73, S.D.=0.62$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ( $M=4.20, S.D.=0.54$ ) รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล ( $M=4.19, S.D.=0.52$ ) ด้านการสื่อสาร ( $M=3.75, S.D.=0.59$ ) ด้านการตัดสินใจ ( $M=3.62, S.D.=0.74$ ) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ( $M=3.57, S.D.=0.85$ ) ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ( $M=3.43, S.D.=1.06$ ) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับอาการ ( $M=3.36, S.D.=1.00$ )

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู พบว่า บรรยากาศองค์กร การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.603, p<0.01$ ;  $r=0.316, p<0.01$  ตามลำดับ) ทักษะคิดของพยาบาลต่อความตาย ประสิทธิภาพการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.221, p<0.01$ ;  $r=0.214, p<0.01$ ;  $r=0.158, p<0.05$  ตามลำดับ) อายุและประสิทธิภาพการทำงานในไอซียูไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

### ข้อจำกัดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 86 ข้อ ซึ่งข้อคำถามมีจำนวนมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการไตร่ตรองข้อคำถาม เพื่อตอบแบบสอบถาม แต่เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมประเด็นการศึกษาในทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูอย่างครอบคลุมทั้งหมด ทั้งนี้การศึกษาครั้งต่อไปอาจศึกษาเฉพาะประเด็นหลักๆ ที่สามารถเป็นตัวแทนในแต่ละด้านของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารในหน่วยงานและพยาบาลไอซียูควรร่วมกันหาแนวทางเพื่อส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลไอซียูด้านการจัดการกับอาการให้สูงขึ้น โดยการจัดหาแหล่งประโยชน์ ข้อมูลวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น แผ่นซีดี เว็บไซต์ หนังสือวิชาการ วารสารต่างๆ ให้สามารถเข้าถึงเนื้อหาได้อย่างง่ายและควรส่งเสริมให้พยาบาลไอซียูรักษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านที่อยู่ระดับสูงให้คงที่ไว้หรือพัฒนาความรู้ทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูได้อย่างมีคุณภาพ
2. ผู้บริหารในหน่วยงานควรจัดให้มีการประเมินความรู้และทักษะด้านการจัดการอาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกๆ ปี หรืออาจกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือจัดการอาการให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูให้สอดคล้องกับเป้าหมายสูงสุดคือ การบรรเทาทุกข์ทรมาน ส่งเสริมความสบายและเข้าสู่กระบวนการตายอย่างสงบ
3. ผู้บริหารในหน่วยงานควรจัดหรือส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู
4. ผู้บริหารในหน่วยงานควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู โดยจัดให้มีการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมในทุก ๆ ปี และจัดทำเป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไอซียู เพื่อสร้างความตระหนัก และช่วยกระตุ้นให้พยาบาลไอซียูมีการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูเพิ่มขึ้น
5. บุคลากรในหน่วยงานควรส่งเสริมให้มีบรรยากาศองค์การที่แสดงถึงการส่งเสริมทักษะ ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะด้านมาตรฐานและด้านโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะสูงที่สุด โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับได้มีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจงแนวทางนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน การจัดทำคู่มือหรือที่ปรึกษาในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมอบหมายงานผู้รับผิดชอบตามโครงสร้างของหน่วยงาน และจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อนำเสนอผลงานสร้างแรงบันดาลใจ

ให้กับผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างบรรยากาศของการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูให้มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณค่ามากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบทั้งจากการประเมินตนเองกับการประเมินจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน เป็นต้น เพื่อให้ผลการศึกษาเที่ยงตรงขึ้น ไม่เกิดการลำเอียง อคติ และนำผลที่ได้นำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น โดยนำไปพัฒนาต่อยอดและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดให้ดียิ่งขึ้น
3. ควรมีการออกแบบการวิจัยให้ครอบคลุมกลุ่มพยาบาลไอซียูทั่วประเทศ ซึ่งทำให้ผลการศึกษาสามารถใช้อ้างอิงถึงพยาบาลไอซียูในภาคอื่นๆหรือทั้งประเทศไทยได้



## เอกสารอ้างอิง

- กนกพร พรหมสะอาด. (2553). *สมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม: สามจังหวัดชายแดนใต้ของไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กุลวดี อภิชาติบุตร, และสมใจ ศิระกมล. (2547). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. ค้นเมื่อ 20/10/2556 จาก [http://www.nurse.cmu.ac.th/webthai/ns\\_new/2548-4/480408.pdf](http://www.nurse.cmu.ac.th/webthai/ns_new/2548-4/480408.pdf)
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล [อิเล็กทรอนิกส์]. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(1), 126-140.
- จันทร์เพ็ญ มโนศิลป์, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). จริยธรรมและกฎหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 74 - 92). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- จรรวรณ์ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 4(1), 1-13.
- จินดา รัตนะจำริญ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในงาน บรรยากาศองค์การกับผลผลิตของงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(3), 69-82.
- จอนพะจง เฟื่องจาด. (2556). การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน ลักษณ์มี ชาญเวช, และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *The dawn of palliative care in Thailand*. (หน้า 25-41). กรุงเทพมหานคร: บีคอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2547). ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. ใน ลักษณ์มี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 54-61). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- ณรงค์วิทย์ แสนทอง. (2547). *มารู้จัก Competency กันเถอะ*. กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซนเตอร์.
- ณัฐพร ยศนรินทร์กุล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงจูงใจ บรรยากาศองค์การกับสมรรถนะทางการบริหารของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดกองทัพ.

- วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, กรุงเทพมหานคร.
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา. (2548). *ศักยภาพความสามารถในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- คูสิต สถาวร. (2548). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying* (หน้า 175-191). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คูสิต สถาวร. (2550). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 313-326). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- คูสิต สถาวร. (2554). Palliative care in the ICU setting. ใน ชูวเรศมคส์ สิทธิชาญบัญชา, อุมภรณ์ ไพบาลสุทธิเดช, และศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: เรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ* (หน้า 171-192). กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- ดำรงค์ แวอาลี. (2547). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ดำรงค์ แวอาลี (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม* (หน้า 25-33). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying* (หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ คทวนิช. (2549). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ซี.เอ็ดยูเคชั่น.
- เดือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ทองทิพย์ พรหมสร. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ทัศนา มหานุภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง. (2541). *ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: วี.พี.รินทร์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.พี.รินทร์.
- ทัศนีย์ ทองประทีปและจรงค์ สุภกิจเจริญ. (2551). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ*. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2556, จาก [www.ccne.or.th/news\\_detail.php?news\\_id=124](http://www.ccne.or.th/news_detail.php?news_id=124).
- นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 19-28.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยู. แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- ปราณี รัตนอุดม, และวราภรณ์ กาวไรสง. (2554). พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29, 267-276.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2556). *การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์, และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *The dawn of palliative care in Thailand*. (หน้า 21-24). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ปรีชาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2551). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพมหานคร.
- ปิ่น ศรีประจิตดิษฐ์, พรเลิศ นัทรแก้ว, ดนัย อุดมพรวิวัฒน์, สุภาวดี สกักรเศรษฐ์, ปวีณา บุญบุรพงค์, และเทวรักษ์ วีระวัฒนกันนที. (2545). *ความหลากหลายของผู้ป่วยและผลการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: รายงานเบื้องต้น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- พรเลิศ นัทรแก้ว. (2554). Holistic end-of-life care in The ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 330-337). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.

- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. (2551). *คุณภาพการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรลดดา ห้วยเรไร. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ยุวนิดา อารามรัมย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ลัดขมิ ชาญเวชช์. (บรรณาธิการ). (2549). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2558) *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิมล คชะ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล กับวิธีการเผชิญปัญหาในงานของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลวิทยาลัยของรัฐ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- วิมล มาดิษฐ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ การสอนแนะกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิญญา ลือเลื่อง, และวิภาพร วรหาญ. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิรศักดิ์ บุญเอียด. (2548). *การรับรู้บรรยากาศองค์การและความพึงพอใจในงานของพนักงานกิจการร่วมค้าไทย โมบาย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, และอุดมวรรณ วันศรี. (2553). จิตวิญญาณระยะสุดท้ายของชีวิตและความตาย. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 1-21). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2552). *คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ*. ค้นเมื่อ 12 มกราคม 2557, จาก [www.ha.or.th/km\\_f14/ab/SPAPartIII.doc](http://www.ha.or.th/km_f14/ab/SPAPartIII.doc)
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2547). ภาวะสุดท้ายของชีวิต แนวคิด-ปรัชญา. ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย* (หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สภาการพยาบาล.(2552). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2556, จาก [http:// www.tnc.or.th/file\\_attach/10Sep2000928-Attachfile 1252569748.pdf](http://www.tnc.or.th/file_attach/10Sep2000928-Attachfile 1252569748.pdf)
- สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- สาวตรี มณีพงศ์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. (2551). *ปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สิวลี ศิริไล. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส, และ ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (บรรณาธิการ), *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (หน้า 97-110). กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2550). ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อพิพาทและข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ [อิเล็กทรอนิกส์]. *พยาบาลสาร*, 34(4), 1-9.
- สุจิตรา ผ่องผดุง (2550). *สมรรถนะพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุดา ทองทรัพย์, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2551). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(2), 119-129.

- สุทธิดา รอดขันเมือง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).  
ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุภัทสรุ ชูช่อ. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุภาพร ดาวดี. (2537). *ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย  
(ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุภาพร ดาวดี. (2551). *พฤติกรรมในการดูแลเอาทรของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*  
[อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 2(2), 62-78.
- สุภาพร ดาวดี. (2553). *ความตระหนักในตนเองของพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะ*  
*สุดท้าย*. ใน สุภาวดี ดาวดี, เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, และ วิโรจน์ สืบหลินวงศ์. (บรรณาธิการ),  
*การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก*. (หน้า 56-71). กรุงเทพมหานคร:  
สำนักพิมพ์แม่พระยุคใหม่.
- สุรานิ ชาญฤทธิ์วัฒน์. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย*  
*ระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดใน  
ประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- แสงเดือน ทวีสิน. (2545). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยเส็ง.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). *คู่มือสมรรถนะข้าราชการพลเรือนไทย*.  
กรุงเทพมหานคร. พี เอ ลีฟวิ่ง.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, และ วิภาวี คงอินทร์. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูใน*  
*การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26 (1), 44 - 55.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). *พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการ*  
*สุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,  
ชลบุรี.

- อรรวรรณ พยัคฆ. (2549). *การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- อลงกรณ์ มีสุทธา, และสมิต สัจฉกร. (2548). *การประเมินผลปฏิบัติงาน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทกิจการพิมพ์ จำกัด.
- อารรณ์ ภู่วิทยาพันธ์. (2553). *Career Development in practice*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซนเตอร์.
- อารีญา ด่านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 15 - 26.
- อุษณีย์ เปรมสุริยา. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพระปกเกล้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา). Retrieved from [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/08197/title.pdf](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/08197/title.pdf)
- อำภา บุญช่วย . (2549). *พฤติกรรมองค์การ*. ปัตตานี: ภาคบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- Aari, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review [Electronic version]. *Intensive and Critical Nursing*, 24, 78-89.
- Anselm, A. H., Palda, V., Guest, C. B., McLean, R. F., Vachon, M. L., Kelner, M., et al. (2005). Barriers to communication regarding end-of-life care: Perspectives of care providers [Electronic version]. *Journal of Critical Care*, 20, 214-223.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a “good death” : Critical care nurse’ suggestions for improving end of life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-46.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurse’s attitudes toward death and caring for dying patients [Electronic version]. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 43-49.
- Clarke, E. B., Curtis, C. J., Luce, M. J., Levy, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit [Electronic version]. *Critical Care Medicine*, 18, 267-273.

- Cook, D., Rucker, G., & Heyley, D. (2004). Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care [Electronic version]. *Can J Anaesth*, 51, 266-72.
- Dalal, S., Fabbro, E. D., & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care; Part I: Oncology as a paradigmatic example. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 391-408.
- Dahlin, C.M. (2010). Communication in palliative care: An essential competency for nurse. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Oxford textbook of palliative nursing*. (3rd ed., pp. 107-133). New York: Oxford University Press.
- Day, L. J. (2000). Decision making by surrogates [Electronic version]. *Critical Care Medicine*, 20, 107-111.
- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care [Electronic version]. *Critical Care Nurse*, 33, 273-281.
- Ferrell, B. R., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in dying [Electronic version]. *Nursing Management*, 31(9), 52-57.
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death [Electronic version]. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, 267-273.
- Gray, R. (2007). *A climate of success*. Massachusetts: Butterworth-Heinemann.
- Hasheesh, M. O., Abozeid, S., El-said, S., & Alhujaili A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan [Electronic version]. *Health Science Journal*, 7, 384-394.
- Herman, C.P. (2007). The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met [Electronic version]. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 70-78.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the edge of life [Electronic version]. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 331-341.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H., & Abbaszadeh, A. (2007). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients [Electronic version]. *Palliative and Supportive Care*, 6, 363-369.
- Jox, R. J., Hessier, H. J., & Borasio, G. D. (2008). End-of-life decisions, powers of attorney and advance directives [Electronic version]. *Nervenarzt*, 79, 729-737.
- Kirchhoff, K. T. & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurses' exceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9, 96-105.

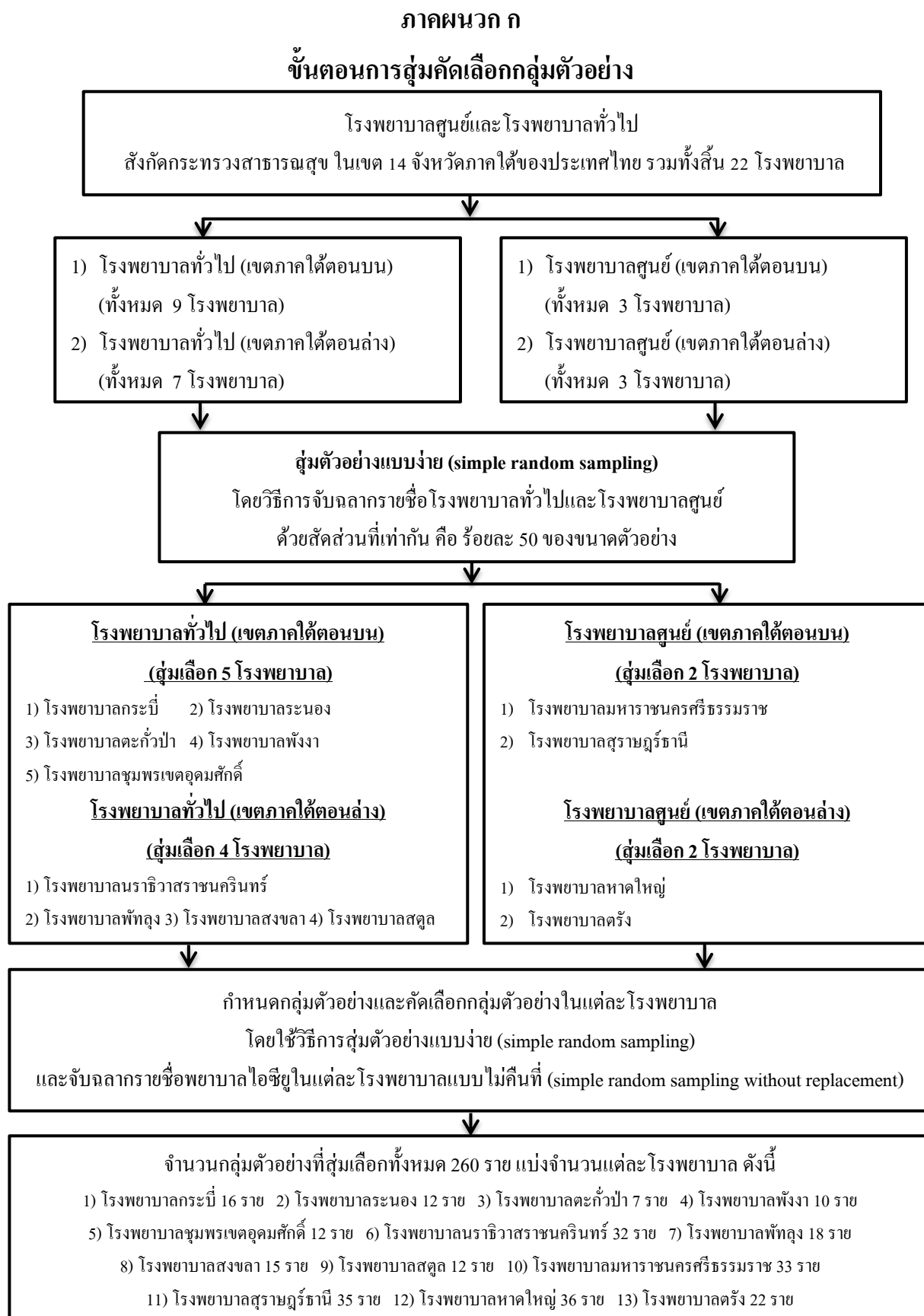


- Koesel, N. (2008). The chronically critically ill opportunities for the palliative care team. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 10*, 89-90.
- Kongsuwan W., & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. [Electronic version]. *International Council of Nurses, 56*, 116-122.
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' lived experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care unit [Electronic version]. *Nursing Science Quarterly, 24*, 377-384.
- Lange, M., Thom, B., & Kline N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center [Electronic version]. *Oncology Nursing Forum, 35*, 955-959.
- Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2010). Organization climate, organizational commitment and intention to leave amongst hospital nurse in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1635-1644.
- Lundbery, P.C., & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1121-1128
- Marrelli, AF., Tondora, J., & Hoge, MA. (2005). The fundamentals of workforce competency: implications for behavioral health [Electronic version]. *Administration & Policy in Mental Health, 32*, 509-531.
- Mc Cormick, E. J., & Ilgen, D. (1985). *Industrial and organizational psychology* (8th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Memarian, R., Salsali, S., Vannaki, Z., Ahmadi, F., & Hajizadeh, E. (2007). Professional ethics as an important factor in clinical competency in nurse [Electronic version]. *Nursing Ethics, 14*, 203-214.
- Montagnini, M., Smith, H., & Balistreri, T. (2012). Assessment of self-perceived end of life care competencies of intensive care unit providers [Electronic version]. *Journal of Palliative Medicine, 15*(1), 29-36.
- Morgan J. (2008). End-of-Life care in UK critical care units: a literature review [Electronic version]. *Nurse Critical Care, 13*, 152-61.

- Nelson, J. E. (2006). Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in intensive care unit [Electronic version]. *Critical Care Medicine*, 34(Suppl. 11), s324 - s331.
- Oncology Nursing Society. (2013) *Oncology nursing society and association of oncology social work joint position on palliative and end-of-life care*. Retrieved from <http://www.ons.org/publications/positions/EndOfLife>.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Ballaert, P.E., Cheval, C., Coloingner, M., et al. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit before discharge or death: A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20, 90-96.
- Pokpalagon, P. (2005). *Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patient among professional nurses in governmental hospital, Bangkok*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9 th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prompahakul, C. (2011). *Factors relating to nurses' caring behavior for dying patients in Southern Thailand*. Unpublished Master's Thesis, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.
- Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011a). Nurses' caring behavior for dying patients in Southern Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 3451-3465.
- Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011b). Review: Factors relating to nurse' caring behavior for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 15-27.
- Puntillo, K. A., White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., & Wild, L. R. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: 248 Herr et al. Results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*, 10(4), 238-251.
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease [Electronic version]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69.
- Seferian, E., & Afessa, B. (2006). Adult intensive care unit at the end of life: A population based study [Electronic version]. *Mayo Foundation for Education and Research*, 81, 896-901.

- Spruyt, O. (2011). Team networking in palliative care [Electronic version]. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(4), 17-19.
- Street, A. & Blackford, J. (2001). Communication issue for the interdisciplinary community palliative care team [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 643-650.
- Stringer, R.A. (2002). *Leadership and organization climate: The cloud chamber effect*. New Jersey: Printing Hall.
- Tsai, J., Wu, C. H., & Chiu, T. Y. (2006). Symptom pattern of advance cancer patients in a palliative care unit. *Palliative Medicine*, 20, 617-622.
- Vittone, S. B. (2002). Ethics in the ICU [Electronic version]. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14, 157-163.
- Warring, P., & Krieger-Blake, S. L. (2010). End of life care. In Mauk (Ed.), *Gerontological nursing competencies for care*. (2nd Ed.), (pp.746-781). London: Jones and Bartlett.
- World Health Organization. (2013). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Ying, L., kuanviktikul, W., & Tonmukayakal, O. (2007). Nursing competency and organization climate as perceived by staff nurse in a Chinese university hospital [Electronic version]. *Health Science Journal*, 7, 221-227.

**ภาคผนวก**



ภาพ 2. ขั้นตอนการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามในงานวิทยานิพนธ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู
2. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไอซียูและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู
3. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพไอซียู (11 ข้อ)
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู (34 ข้อ)
  - ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติพยาบาลต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (17 ข้อ)
  - ส่วนที่ 4 แบบวัดบรรยากาศองค์กร (24 ข้อ)
4. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนและกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลในแบบสอบถามที่สมบูรณ์ และเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้อง สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์การพยาบาลต่อไป
5. ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยถึงชื่อของท่านแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพไอซียู

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
  1.  ชาย
  2.  หญิง
3. สถานภาพสมรส
  1.  โสด
  2.  คู่
  3.  หม้าย
  4.  หย่า/แยกกันอยู่
4. ศาสนา
  1.  พุทธ
  2.  อิสลาม
  3.  คริสต์
  4.  อื่นๆระบุ.....
5. วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน
  1. ปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี
  2. ปริญญาโท สาขา (ระบุ).....
  3.  อื่นๆ (ระบุ).....
6. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงาน
  1.  โรงพยาบาลศูนย์
  2.  โรงพยาบาลทั่วไป
7. หอผู้ป่วยไอซียูที่ท่านปฏิบัติงาน
  1.  อายุรกรรม
  2.  ศัลยกรรม
  3.  อื่นๆระบุ.....
8. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยไอซียูจนถึงปัจจุบัน.....ปี
9. ตำแหน่งปัจจุบัน
  1.  พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
  2.  พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
  3.  พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ
  4.  พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขา.....
10. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกี่รายต่อเดือน
  1.  ไม่เคย
  2.  1-5 ราย
  3.  6-10 ราย
  4.  มากกว่า 10 ราย
11. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่
  1.  ไม่เคย
  2.  เคย ระบุ (เรื่อง.....ระยะเวลา.....วัน.....ชั่วโมง)
12. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายหรือไม่
  1.  ไม่มี
  2.  มี ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไอซียู

### คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายถึงสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ประกอบด้วย 7 ด้าน มีทั้งหมด 34 ข้อ

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
  2. ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ
  3. ด้านการจัดการกับอาการ
  4. ด้านการตัดสินใจ
  5. ด้านการสื่อสาร
  6. ด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล
  7. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องช่องว่างที่ตรงกับระดับสมรรถนะของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ขอให้ท่านพิจารณาตามความเป็นจริงมากที่สุดว่าท่านมีระดับสมรรถนะดังกล่าวในด้านต่างๆมากน้อยเพียงใด โดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้

มากที่สุด (5)	หมายถึง	ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวมากที่สุด
มาก (4)	หมายถึง	ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวมาก
ปานกลาง (3)	หมายถึง	ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวปานกลาง
น้อย (2)	หมายถึง	ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวน้อย
น้อยที่สุด (1)	หมายถึง	ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวน้อยที่สุด
ไม่เคย (0)	หมายถึง	ท่านไม่เคยรับรู้ / แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าว



ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพไอซียู	ระดับสมรรถนะ					
		5	4	3	2	1	0
1	การจัดการความปลอดภัยด้วยวิธีการใช้ยา						
2	การจัดการอาการปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา						
3	การจัดการอาการระบบทางเดินหายใจ						
4	การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร						
5	การจัดการอาการทางระบบประสาท/อาการทางจิต						
6	การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล ล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว						
7	การอภิปรายเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพกับ ผู้ป่วยและครอบครัว						
8	การประสานหรือจัดการให้มีการพิจารณา ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต						
9	การระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วย และครอบครัว						
10	การระบุความต้องการทางวัฒนธรรมของ ผู้ป่วยและครอบครัว						
11	การสนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกจาก การสูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัว						
12	การระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยและครอบครัว						
13	การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล ล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว						
14	การอภิปรายเกี่ยวกับสถานภาพการช่วยฟื้น คืนชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว						
15	ความรู้สึกสะดวกใจ/ไม่วิตกกังวลในการ ช่วยยุติการรักษาที่ยืดชีวิต						

ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพไอซียู	ระดับสมรรถนะ					
		5	4	3	2	1	0
16	การประสานงานในทีมไอซียูเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต						
17	การแสดงออกโดยการให้เกียรติ/เคารพการตายของผู้ป่วย						
18	การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ						
19	การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบในช่วงเวลาของการตาย						
20	การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว						
21	การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง						
22	การส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ						
23	การดูแลสุขภาพของเพื่อนร่วมงานในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย						
24	การวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย / ครอบครัวตั้งแต่เข้ารับการรักษา						
25	การใช้เจตนาธรรมของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต						
26	การหยิบยกประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพมาอภิปรายกับผู้ป่วยและครอบครัว						
27	การพูดคุยเรื่องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว						
28	การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวในการตัดสินใจ						

ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพไอซียู พยาบาลวิชาชีพไอซียู	ระดับสมรรถนะ					
		5	4	3	2	1	0
29	การจัดการความขัดแย้งของสมาชิกในทีม ก่อนที่จะพบกับผู้ป่วยและ / หรือครอบครัว						
30	การประสานงานให้สมาชิกในทีมพบปะกับ ผู้ป่วยและ / หรือสมาชิกในครอบครัวอย่าง สม่ำเสมอ						
31	การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง						
32	การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการ เปลี่ยนทีมผู้รักษา						
33	การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวใน ระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง						
34	การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้ สามารถจัดการกับความกังวลใจของตนเอง						

### ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย

#### คำชี้แจง

- โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทั้งหมด 17 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความนั้นตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด
- โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้
 

เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น
เห็นด้วย (4)	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ (3)	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย (2)	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษาควรได้รับการบอกความจริง					
2	ผู้ป่วยใกล้ตายมักไม่ยอมรับความตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง					
3	.....					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	.....					
9	พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เตรียมสภาพจิตใจให้ยอมรับความจริงเพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
10	เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายแสดงอาการโกรธและ ตำหนิพยาบาล พยาบาลควรยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วย					
11	.....					
12	.....					
13	.....					
14	.....					
15	.....					
16	.....					
17	ญาติของผู้ป่วยใกล้ตายควรได้รับการ บอกความจริงเกี่ยวกับการดำเนินโรค ของผู้ป่วย					

#### ส่วนที่ 4 แบบวัดบรรยากาศองค์การ

##### คำชี้แจง

- โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายบรรยากาศองค์การมีทั้งหมด 24 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความนั้นตามความเป็นจริงกับตัวท่าน
- โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้
 

เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย (4)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมาก
เห็นด้วยปานกลาง (3)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบปานกลาง
เห็นด้วยน้อย (2)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>ด้านโครงสร้าง</b>					
1	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดแกนนำในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน					
2	.....					
3	.....					
4	.....					
	<b>ด้านมาตรฐาน</b>					
5	หน่วยงานมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน					
6	.....					
7	.....					
8	.....					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>ด้านความรับผิดชอบ</b>					
9	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญของหน่วยงาน โดยเฉพาะโครงการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
10	.....					
11	.....					
12	.....					
	<b>ด้านการได้รับการยอมรับ</b>					
13	หัวหน้ามักจะชื่นชมอยู่เสมอ เมื่อบุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตามเป้าหมายที่วางไว้					
14	.....					
15	.....					
16	.....					
	<b>ด้านการสนับสนุน</b>					
17	ท่านรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ					
18	.....					
19	.....					
20	.....					
	<b>ด้านความยึดมั่นผูกพัน</b>					
21	ท่านตั้งใจว่าจะทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีที่สุด					
22	.....					
23	.....					
24	.....					

ภาคผนวก ก  
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

Outlook - warina\_ple@hotmail.com Page

สร้าง | ตอบกลับ | ลบ | เก็บถาวร | อีเมลขยะ | ...

ค้นหาอีเมล

**โฟลเดอร์**

กล่องขาเข้า 202

อีเมลขยะ 13

แบบร่าง 7

ส่ง

ลบ 2

สร้างโฟลเดอร์

มุมมองหา...

RE: Asking for permission to use  
Questionnaire of Self Perceived of END-  
OF-LIFE CARE Competencies

Montagnini, Marcos (MARCOS) (mmontag@me  
ถึง: วารินา หนูพินิจ

Dear Warina Nupinit,

Thank you for your interest in my study. I grant you permission to use the EOL care questionnaire in your study. Please make reference in your study that your questionnaire was based on my study.

Best wishes on your study,

Sincerely,

Dr. Montagnini

---

**From:** วารินา หนูพินิจ [warina\_ple@hotmail.com]  
**Sent:** Monday, December 23, 2013 12:30 PM  
**To:** mmontag@umich.edu  
**Subject:** Asking for permission to use Questionnaire of Self Perceived of END-OF-LIFE CARE Competencies

\*\*\*\*\*

Electronic Mail is not secure, may not be read every day, and should not be used for urgent or sensitive issues

© 2014 Microsoft Corporation. All rights reserved. This message and any files transmitted with it are confidential and intended only for the individual named. If you have received this message by mistake, please notify the system manager.

https://snt148.mail.live.com/default.aspx?id=64855&mkt=th-th 2



**ด่วนมาก**

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๓๗)/๓๓๙๙



คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๑๑๐ ถนนอินทวิโรด ตำบลศรีภูมิ  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

คณะกรรมการศาสตร์
เลขรับ 1059
วันที่ 14 พฤศจิกายน 2563
เวลา

๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๕๕๑

ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ และบันทึกข้อความบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/๑๐๑๑ ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๗

ตามที่ นางสาววารินา หนูพินิจ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
การพยาบาลผู้ใหญ่ (พิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการทำ  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
พยาบาลวิชาชีพในไอซียู” มีความประสงค์จะขอใช้เครื่องมือวิจัยเรื่อง “แบบสอบถามทัศนคติต่อความ  
ตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย” ที่พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนาศรี ต่อความ  
ตายของศาสตราจารย์นันทา เล็กสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุกคำวัง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ นั้น

คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้แจ้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร  
สุคำวัง ในฐานะผู้ร่วมวิจัยพิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณนาวิกติกุล)

คณบดีคณะกรรมการศาสตร์

คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หน่วยบริหารงานวิจัยและบริการวิชาการ

โทร ๐ ๕๓๙๔ ๕๐๓๓

โทรสาร ๐ ๕๓๙๔ ๕๐๓๓

นางสาว นันทา เล็กสวัสดิ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์



ที่ ศธ 0512.11/0324

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ มีนาคม 2557

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศธ 0521.1.05/552  
ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาววารินา หนูพิณีจ รหัสนักศึกษา 5510421063 นักศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่(ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการ  
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย  
คือ แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย  
ส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลกับวิธีการเผชิญปัญหาในการปฏิบัติงาน  
ของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ” ของ นางวิมล คະชา นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ชี้แจงผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ในการ  
ปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนลิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

## ภาคผนวก ง

## การคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู  
จำนวน 34 ข้อ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ดัชนีความตรงเนื้อหา =  $\frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$

จำนวนข้อทั้งหมด

ลำดับข้อ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	จำนวนความเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	✓	✓	✓	3	1
2	✓	✓	✓	3	1
3	✓	✓	✓	3	1
4	✓	✓	✓	3	1
5	✓	✓	✓	3	1
6	✓	✓	✓	3	1
7	✓	✓	✓	3	1
8	✓	-	✓	2	0.67
9	✓	✓	✓	3	1
10	✓	✓	✓	3	1
11	✓	✓	✓	3	1
12	✓	✓	✓	3	1
13	✓	-	✓	2	0.67
14	✓	✓	✓	3	1
15	✓	✓	✓	3	1
16	✓	✓	✓	3	1
17	✓	✓	✓	3	1
18	✓	✓	✓	3	1
19	✓	✓	✓	3	1

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู (ต่อ)  
การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ลำดับข้อ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	จำนวนความเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
20	✓	✓	✓	3	1
21	✓	✓	✓	3	1
22	✓	✓	✓	3	1
23	✓	✓	✓	3	1
24	✓	✓	✓	3	1
25	✓	✓	✓	3	1
26	✓	✓	✓	3	1
27	✓	✓	✓	3	1
28	✓	✓	✓	3	1
29	✓	✓	✓	3	1
30	✓	✓	✓	3	1
31	✓	✓	✓	3	1
32	✓	✓	✓	3	1
33	✓	✓	✓	3	1
34	✓	✓	✓	3	1

$$\begin{aligned}
 \text{ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา} &= \text{ค่า I-CVI รวบรวมทั้งหมด} / \text{จำนวนข้อ} \\
 &= 33.34 / 34 \\
 &= 0.98
 \end{aligned}$$

แบบสอบถามวัดบรรยากาศองค์การ จำนวน 24 ข้อ  
 การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน  
 ดัชนีความตรงเนื้อหา =  $\frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$

ลำดับข้อ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	จำนวนความเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	✓	✓	✓	3	1
2	✓	✓	✓	3	1
3	✓	✓	✓	3	1
4	✓	✓	✓	3	1
5	✓	✓	✓	3	1
6	✓	✓	✓	3	1
7	✓	✓	✓	3	1
8	✓	✓	✓	3	1
9	✓	✓	✓	3	1
10	✓	✓	✓	3	1
11	✓	✓	✓	3	1
12	✓	✓	✓	3	1
13	✓	✓	✓	3	1
14	✓	✓	✓	3	1
15	✓	✓	✓	3	1
16	✓	✓	✓	3	1
17	✓	✓	✓	3	1
18	✓	✓	✓	3	1
19	✓	✓	✓	3	1
20	✓	✓	✓	3	1

แบบสอบถามวัดบรรยากาศองค์กร(ต่อ)  
การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ลำดับข้อ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	จำนวนความเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
21	✓	✓	✓	3	1
22	✓	✓	✓	3	1
23	✓	✓	✓	3	1
24	✓	✓	✓	3	1

$$\begin{aligned}
 \text{ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา} &= \text{ค่า I-CVI รวมทั้งหมด/ จำนวนข้อ} \\
 &= 24/24 \\
 &= 1
 \end{aligned}$$

## ภาคผนวก จ

## การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Com1	123.67	222.092	.474	.922
Com2	123.67	233.885	.200	.927
Com3	123.13	229.085	.613	.919
Com4	123.50	224.534	.501	.921
Com5	123.43	232.392	.323	.923
Com6	123.27	224.754	.501	.921
Com7	122.97	223.689	.749	.917
Com8	123.30	221.528	.786	.917
Com9	123.30	224.148	.797	.917
Com10	123.10	224.783	.761	.917
Com11	123.03	231.068	.619	.920
Com12	122.83	229.454	.622	.919
Com13	123.30	242.493	.064	.925
Com14	123.03	229.895	.678	.919
Com15	123.30	234.217	.303	.923
Com16	122.57	232.047	.440	.921
Com17	122.07	236.478	.378	.922
Com18	122.23	236.392	.380	.922
Com19	122.20	234.993	.501	.921
Com20	122.27	235.099	.452	.921
Com21	122.43	232.461	.468	.921
Com22	122.47	237.430	.304	.923
Com23	122.57	239.082	.278	.923
Com24	123.13	236.464	.294	.923

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Com25	122.87	233.499	.430	.921
Com26	122.90	236.162	.289	.923
Com27	122.80	232.441	.499	.921
Com28	122.57	234.806	.436	.921
Com29	123.10	234.921	.387	.922
Com30	123.00	222.690	.747	.917
Com31	123.07	221.651	.746	.917
Com32	123.20	223.821	.664	.918
Com33	122.87	224.326	.683	.918
Com34	122.87	223.637	.742	.917

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.923	34



## แบบสอบถามวัดทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
At1	61.43	26.254	.254	.650
At2	62.87	28.120	.015	.679
At3	61.13	26.602	.333	.644
At4	61.07	25.030	.614	.618
At5	61.13	24.464	.539	.616
At6	63.03	26.447	.175	.661
At7	61.60	27.834	.155	.660
At8	61.33	25.747	.562	.627
At9	61.27	24.547	.605	.613
At10	63.20	25.890	.182	.663
At11	61.17	26.489	.357	.642
At12	61.07	26.616	.327	.645
At13	62.67	25.195	.123	.690
At14	60.93	25.995	.528	.631
At15	63.00	30.414	-.225	.741
At16	60.97	24.930	.645	.616
At17	61.20	23.407	.486	.614

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.663	17

## แบบสอบถามวัดวัดบรรยากาศองค์การ

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Orga1	77.85	81.397	.666	.836
Orga2	78.95	93.945	-.239	.871
Orga3	78.00	83.368	.464	.842
Orga4	77.95	83.839	.437	.843
Orga5	77.80	80.274	.792	.833
Orga6	78.30	85.484	.247	.850
Orga7	78.10	77.989	.732	.831
Orga8	79.40	88.463	.031	.861
Orga9	77.85	75.713	.823	.826
Orga10	77.95	81.313	.717	.835
Orga11	77.65	82.766	.597	.839
Orga12	78.00	82.526	.691	.837
Orga13	78.20	77.116	.792	.829
Orga14	78.10	76.411	.841	.827
Orga15	78.35	75.608	.803	.827
Orga16	79.50	100.474	-.722	.877
Orga17	77.55	80.366	.655	.835
Orga18	78.10	82.095	.550	.839
Orga19	79.60	95.411	-.316	.873
Orga20	77.85	79.924	.595	.837
Orga21	77.65	82.871	.588	.839
Orga22	77.70	80.116	.786	.833
Orga23	78.10	83.253	.383	.845
Orga24	79.45	91.313	-.108	.866

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.850	24

**ภาคผนวก จ**  
**หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย**



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๒๖๗

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทฝ.คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

๒๕ มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยนางสาววารินา หนูพินิจ รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๑๐๖๓ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู” โดยมี ผศ.ดร.กิตติกร นิลมานัต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยในเรื่องนี้ จำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้นางสาววารินา หนูพินิจ เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยใช้แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน \_\_\_\_\_ คน ณ โรงพยาบาลของท่าน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม ๒๕๕๘ ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยหรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อ นางสาววารินา หนูพินิจ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๗-๒๖๖๗๗๐๘ หรือE-mail: warina\_ple@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ  
โทรศัพท์ ๐-๗๔๒๘-๖๔๕๖  
โทรสาร ๐-๗๔๒๘-๖๔๒๑

## ภาคผนวก ข

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้าพเจ้า นางสาววรินา หนูพินิจ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไอซียู การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไอซียู และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไอซียู ในหอผู้ป่วย ไอซียู โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนเสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ไอซียู ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ไอซียูต่อไป

ผู้วิจัยขอเชิญท่านซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับคัดเลือกในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เนื่องจากท่านเป็นพยาบาลปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วย ไอซียู ในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งแบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย, ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามวัดบรรยากาศองค์กร

ดังนั้นข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น การเข้าร่วมการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ซึ่งการให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใดๆต่อตัวท่าน คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายแต่อย่างใดต่อตัวท่านและท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆ ที่ควรได้รับ และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษา

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอบคุณท่านมาในโอกาสนี้ด้วยที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาหรือการวิจัยครั้งนี้สามารถติดต่อกับข้าพเจ้า คือ นางสาววรินา หนูพินิจ โทร 087-2667708 ได้ตลอดเวลา

ลงชื่อ.....

(นางสาววรินา หนูพินิจ)

**เอกสารให้การยินยอม**  
**การวิจัยเรื่อง**  
**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**  
**ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู**

ชื่อ-สกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย.....

เอกสารยินยอมฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่ออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยควรได้รับ หากมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัยเพื่ออธิบายข้อมูลเพิ่มเติม

**1. วัตถุประสงค์**

ผู้วิจัยกำลังขอความร่วมมือจากท่านเข้าร่วมศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ในหอผู้ป่วยไอซียู

วัตถุประสงค์ของเอกสารให้การยินยอมฉบับนี้ ได้แจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และวิธีที่จะนำข้อมูลของท่านไปใช้ในระหว่างและหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง เพื่อให้ท่านใช้ประกอบพิจารณาการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

**2. ข้อมูลพื้นฐาน**

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อัตราการใช้ไอซียูในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับอายุและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในไอซียูที่ต้องการการดูแลในช่วงระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต อากาอยู่ยในขั้นวิกฤติ ปัญหาซับซ้อนมีความสัมพันธ์ของอวัยวะในร่างกายระบบเดียวหรือหลายระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ความรู้สึกตัวลดลง สัญญาณชีพไม่คงที่ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อาการทรุดลงเรื่อยๆ มีการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาเป็นเพียงเพื่อประคับประคองอาการจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลในไอซียูนอกจากจะมีบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ยังต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอีกด้วย ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครบองค์รวม บูรณาการความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และเจตคติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเพื่อเป็นการช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู เพื่อให้พยาบาลสามารถเข้าใจตอบสนองการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม และทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐานมากที่สุด

### 3. ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยไอซียูในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูล

### 4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ทั้งสิ้น การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยของท่านจะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายแต่อย่างใดต่อตัวท่าน ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล และท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆ ที่ควรได้รับและสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษา

### 5. การเก็บรักษาความลับ

ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและการอภิปรายจะสรุปผลออกมาเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

### 6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยได้ แม้ว่าท่านจะมีการตัดสินใจเข้าร่วมและให้ข้อมูลไปแล้ว การถอนตัวจากการวิจัยดังกล่าว สามารถทำได้ทุกเมื่อและด้วยเหตุผลใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน

### 7. ข้อสงสัยต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย กระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้ท่านติดต่อผู้วิจัยโดยตรง คือ นางสาววรินา หนูพินิจ

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โทรศัพท์ 076-361268 ในเวลาราชการ หรือ โทรศัพท์ 087-2667708 ได้ตลอดเวลาเพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

#### 8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

โดยการลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ท่านยอมรับว่าท่านได้รับทราบถึงข้อมูลต่างๆในการวิจัยครั้งนี้ การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ และท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลเสียหรือการสูญเสียผลประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับจากผลการศึกษา

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาววรินา หนูพินิจ)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## ภาคผนวก ข

### การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) (บุญใจ, 2553) มีดังนี้

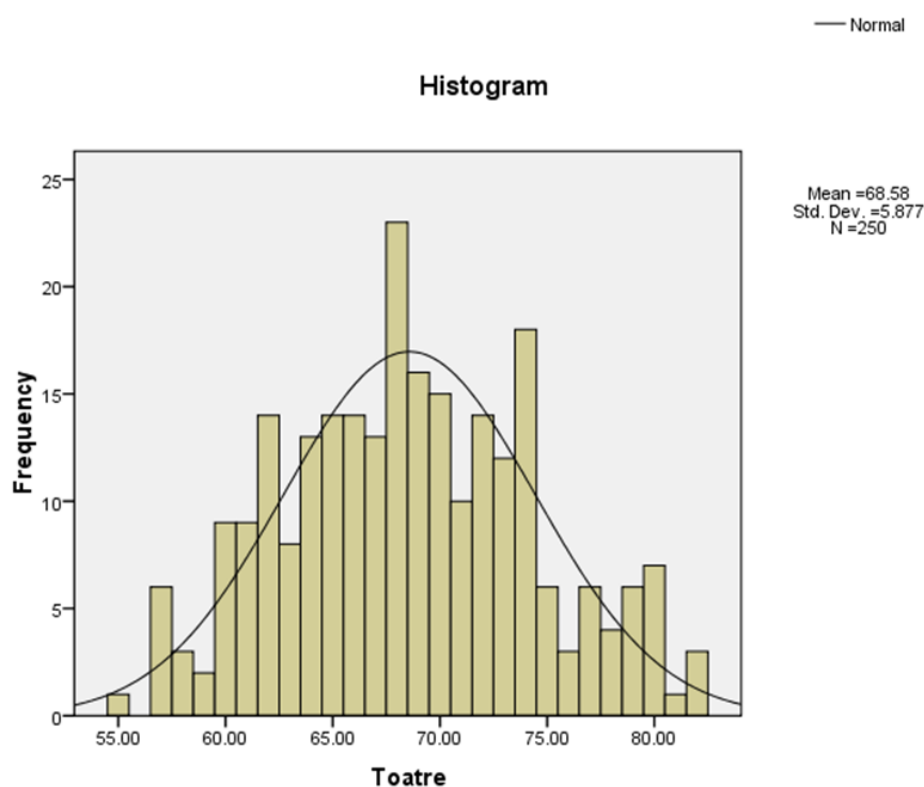
1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับอันตรรกาศั้น (interval scale) ขึ้นไป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรต้น ประกอบด้วย อายุ ที่สนใจของพยาบาลต่อความตาย และบรรยากาศองค์การ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับอันตรรกาศั้น (interval scale) ขึ้นไป

ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวแปรอยู่ในระดับอันตรรกาศั้น (interval scale)

2. ทดสอบการแจกแจงปกติ ซึ่งทดสอบลักษณะการกระจายของข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) และตาราง Descriptive

การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรที่สนใจของพยาบาลต่อความตาย



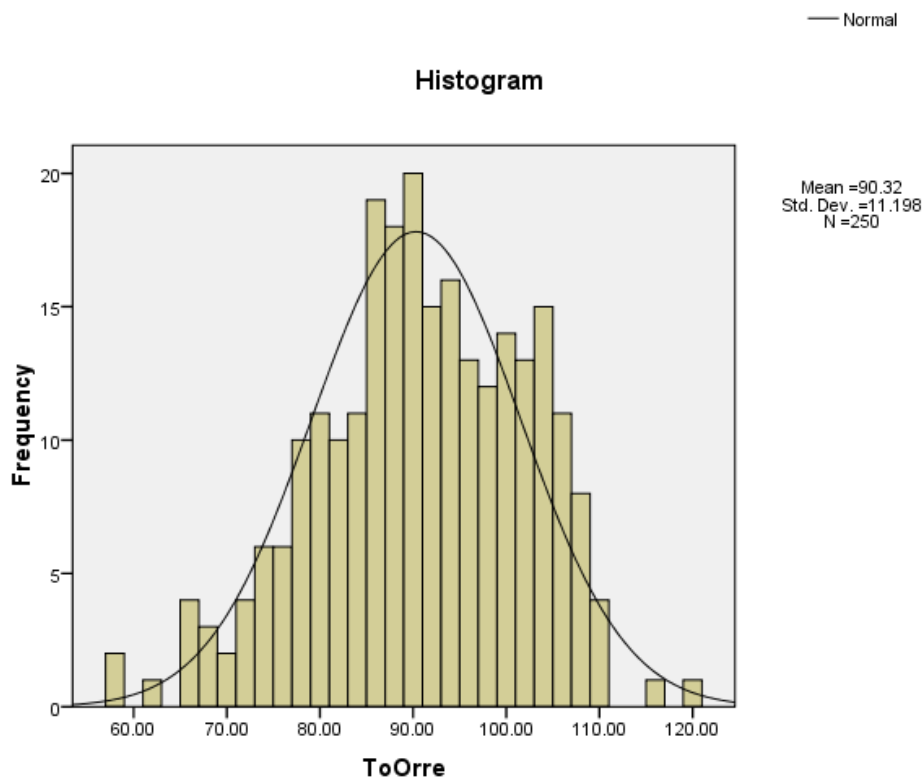


## Descriptives

		Statistic	Std. Error
Toatre	Mean	68.5760	.37167
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 67.8440	
		Upper Bound 69.3080	
	5% Trimmed Mean	68.5311	
	Median	68.0000	
	Variance	34.534	
	Std. Deviation	5.87659	
	Minimum	55.00	
	Maximum	82.00	
	Range	27.00	
	Interquartile Range	9.00	
	Skewness	.131	.154
	Kurtosis	-.512	.307

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ชิดตายของพยาบาลวิชาชีพ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งอยู่ตรงกลาง และเมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .131 หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ .154 ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ -.512 หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่า Mean เท่ากับ 68.57 และค่า Median เท่ากับ 68 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้นสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรบรรยากาศองค์การ

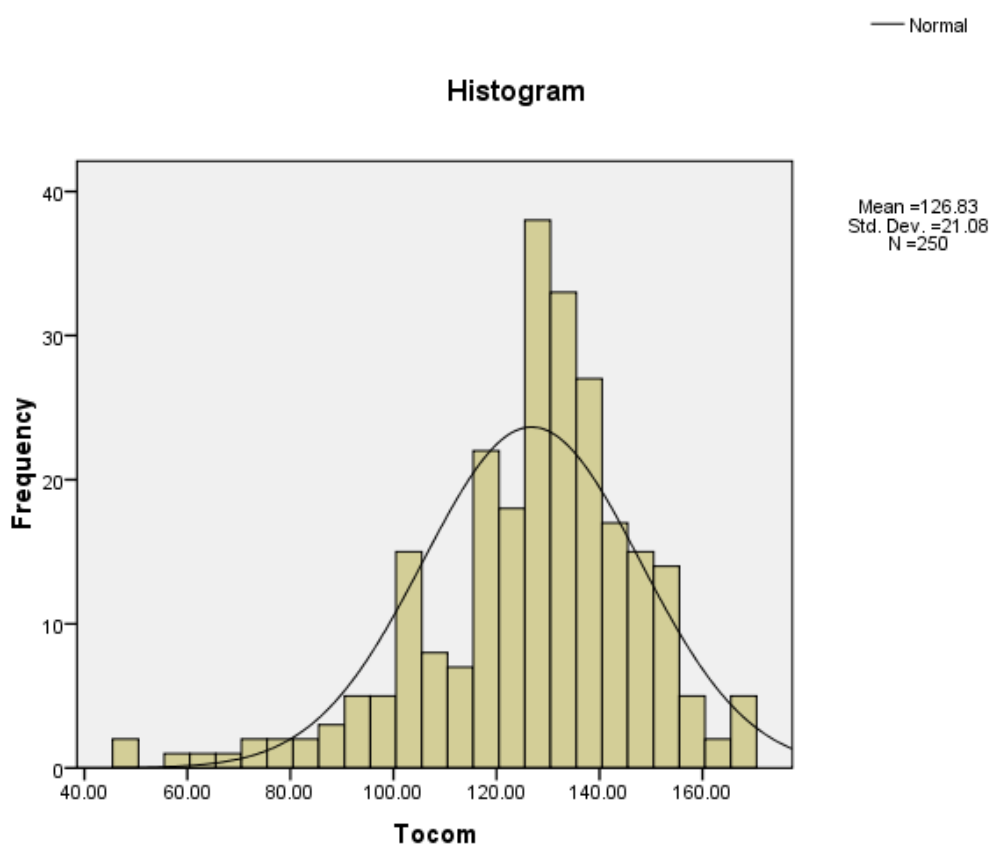


**Descriptives**

		Statistic	Std. Error
ToOrre	Mean	90.3160	.70823
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	88.9211	
	Upper Bound	91.7109	
	5% Trimmed Mean	90.6311	
	Median	90.0000	
	Variance	125.398	
	Std. Deviation	11.19811	
	Minimum	58.00	
	Maximum	119.00	
	Range	61.00	
	Interquartile Range	16.00	
	Skewness	-.326	.154
	Kurtosis	-.166	.307

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม(Histogram) พบว่า ตัวแปรบรรยากาศองค์การ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำ มีจุดโค้งเบ้ทางซ้ายเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $-0.326$  หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้าย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ  $.154$  ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ  $-0.166$  หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างโด่ง เมื่อพิจารณา ค่า Mean และค่า Median พบว่า Mean เท่ากับ  $90.31$  และ ค่า Median เท่ากับ  $90$  ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การทดสอบการกระจายข้อมูลของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู

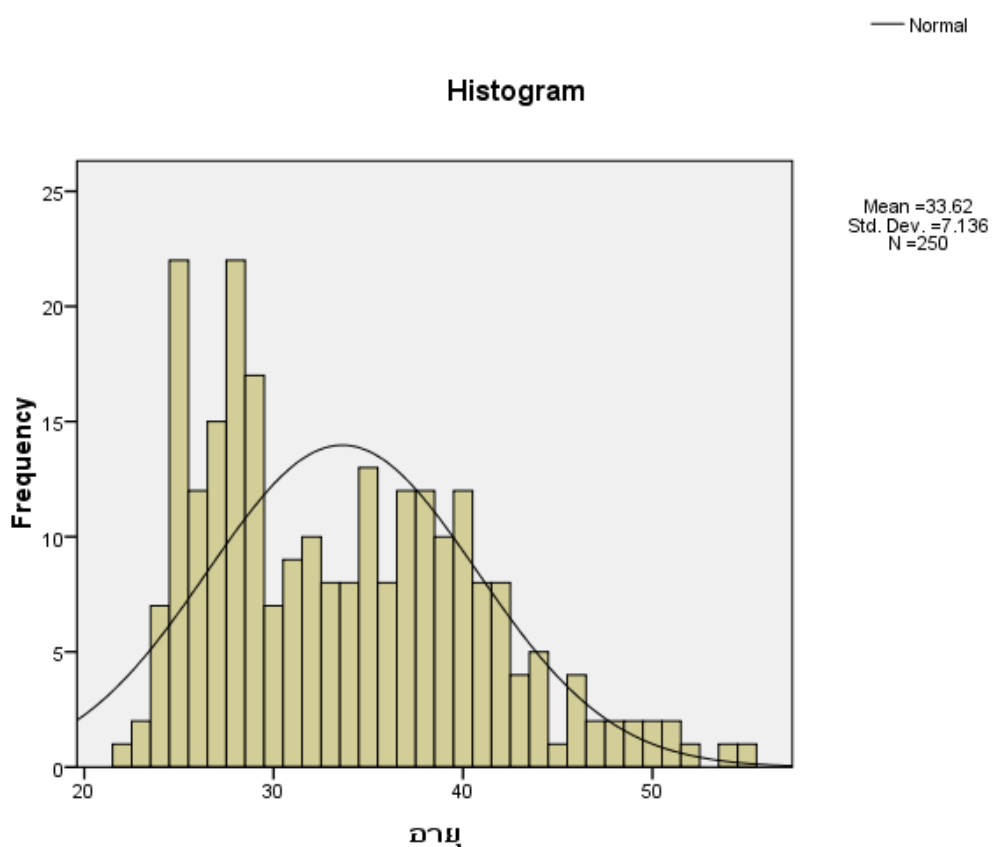


### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Tocom	Mean	126.8280	1.33321	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	124.2022	
		Upper Bound	129.4538	
	5% Trimmed Mean	127.9444		
	Median	130.0000		
	Variance	444.360		
	Std. Deviation	21.07984		
	Minimum	48.00		
	Maximum	170.00		
	Range	122.00		
	Interquartile Range	23.00		
	Skewness	-.928	.154	
	Kurtosis	1.640	.307	

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่าตัวแปรสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางซ้าย และเมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $-0.928$  หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้าย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ  $1.54$  ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ  $1.64$  หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และ ค่า Median พบว่า Mean เท่ากับ  $126.82$  และค่า Median เท่ากับ  $130$  ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

### การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรอายุ



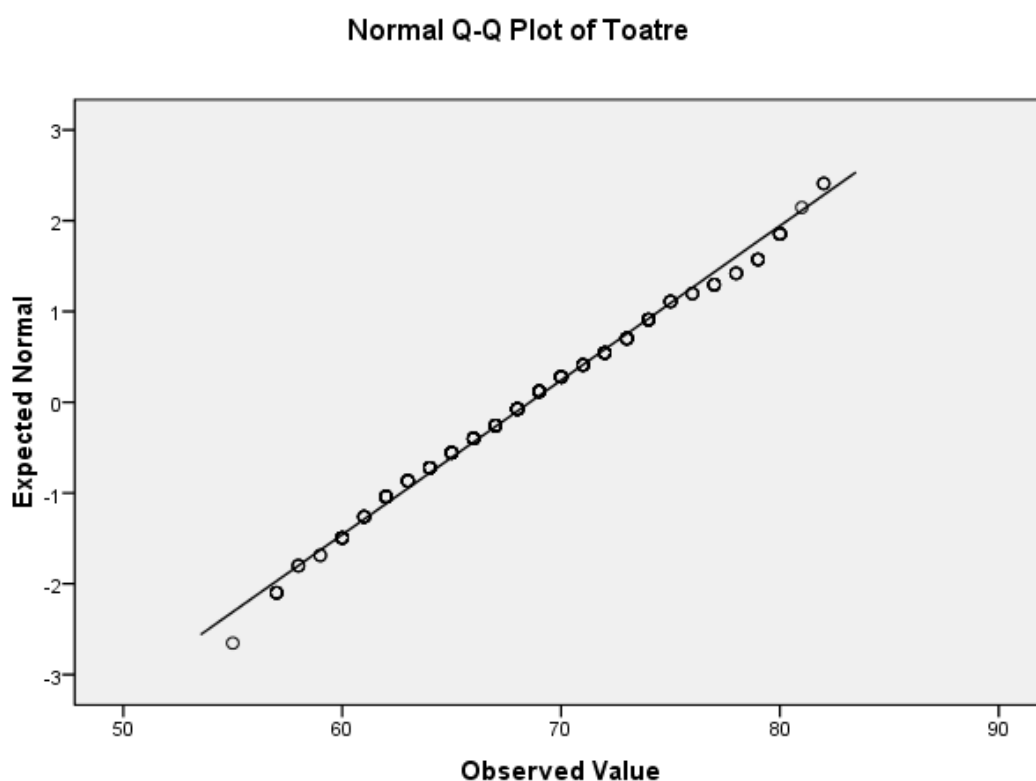
## Descriptives

		Statistic	Std. Error	
อายุ	Mean	33.62	.451	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	32.74	
		Upper Bound	34.51	
	5% Trimmed Mean	33.24		
	Median	33.00		
	Variance	50.926		
	Std. Deviation	7.136		
	Minimum	22		
	Maximum	55		
	Range	33		
	Interquartile Range	11		
	Skewness	.598	.154	
	Kurtosis	-.330	.307	

จากภาพการกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรอายุ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางซ้าย และเมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ -.598 หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ .154 ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโค้ง) มีค่าเท่ากับ -.330 หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่า Mean เท่ากับ 33.62 และ ค่า Median เท่ากับ 33.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูล สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

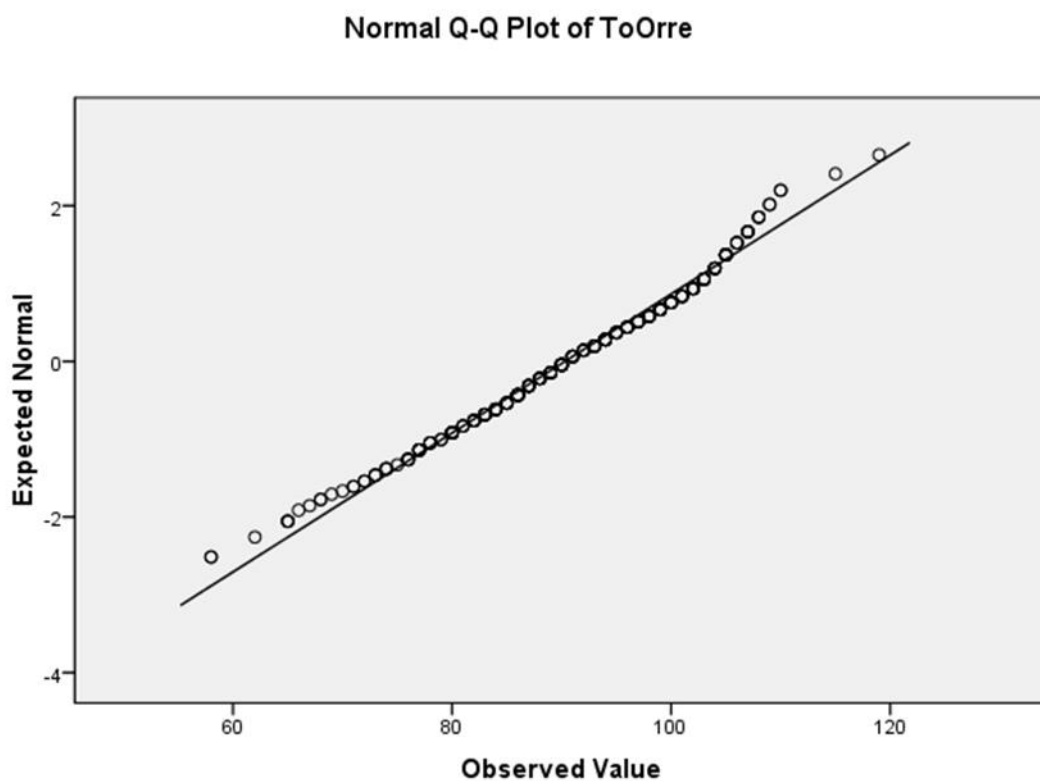
3. การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร เพื่อดูว่ามีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity Relationship) หรือไม่ โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter Plot)

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจคือความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรที่สนใจคือความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

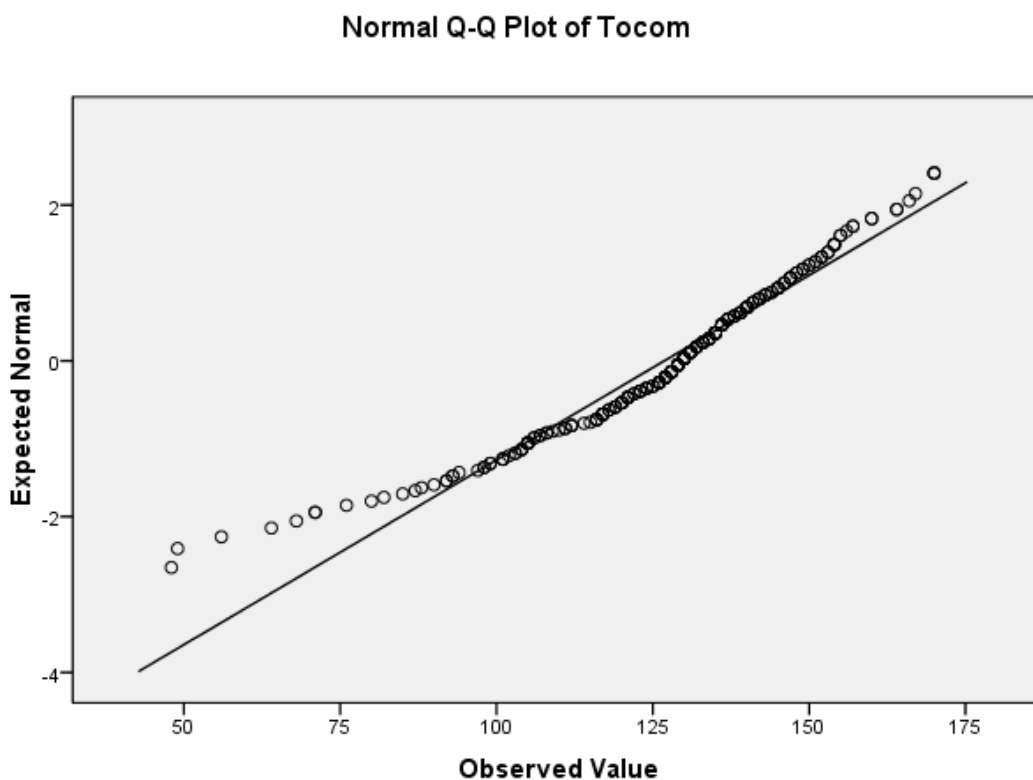
การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรบรรยากาศองค์การกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรบรรยากาศองค์การกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้น ข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

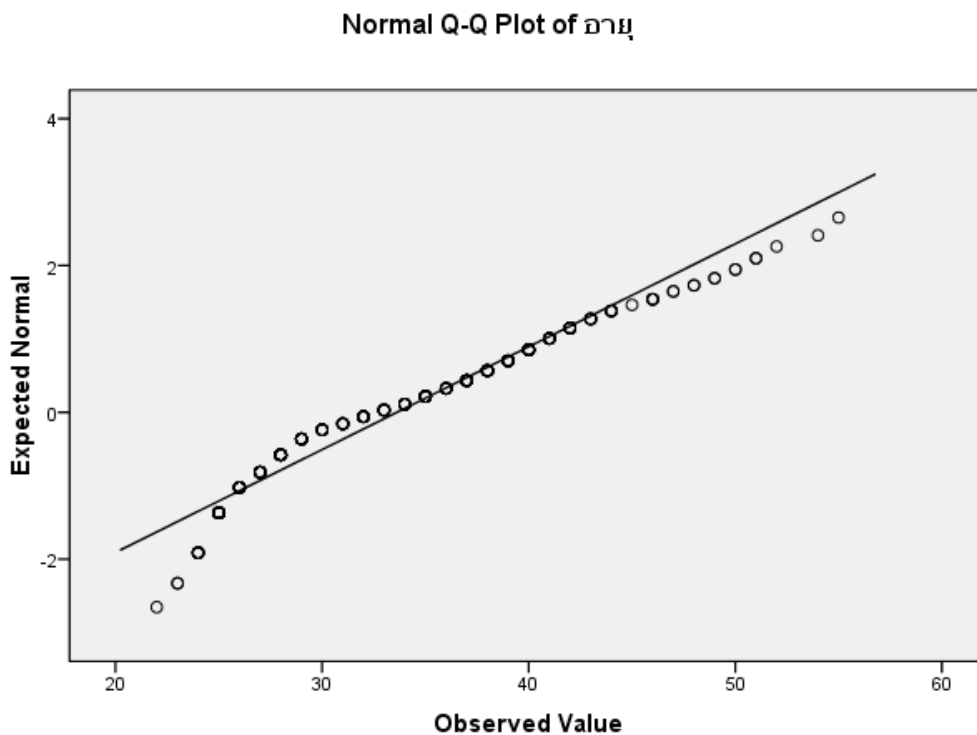


การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
พยาบาลวิชาชีพไอซียู



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรอายุกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) (บุญใจ, 2553) มีดังนี้

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยตัวแปรตัวหนึ่งมีการวัดอยู่ในมาตราอันตรภาค (interval scale) หรือมาตราอัตราส่วน (ratio scale) และมีลักษณะการแจกแจงของประชากร ไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบโค้งเดียว และค่อนข้างสมมาตร

2. ตัวแปรอีกหนึ่งมีการวัดอยู่ในมาตรานามบัญญัติและแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะอย่างแท้จริง เช่น เพศชาย-หญิง คำตอบถูก-ผิด เป็นต้น

จากงานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าอยู่ในมาตรวัดนามมาตรา (Nominal scale) สำหรับตัวแปรที่มีค่าอยู่ในมาตรวัดมาตรา จำแนกเป็น 2 ระดับ กำหนดค่าของแต่ละกลุ่มเป็นค่า 1 และ 2 ต้องแปลงตัวแปรอิสระดังกล่าวเป็นตัวแปรหุ่น ดังนี้

ระดับการศึกษา แปลงเป็นตัวแปรหุ่น คือ ปริญญาตรี = 1 ปริญญาโท = 2 และอื่นๆ = 3

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แปลงเป็นตัวแปรหุ่น คือ ไม่เคย = 1 1-5 ราย = 2 6-10 ราย = 3 และ มากกว่า 10 ราย = 4

การได้รับการอบรมเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แปลงเป็นตัวแปรหุ่น คือ ไม่เคยได้รับการอบรม = 1 และ เคยได้รับการอบรม = 2

ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู เป็นตัวแปรอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale)

**ภาคผนวก ก**  
**ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยและ ครอบครัว	3.35	1.21	สูง
2. การระบุความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัว	3.48	1.09	สูง
3. การสนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกจากการ สูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	3.47	1.12	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.43	1.06	สูง

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว	3.47	1.07	สูง
2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่ง สนับสนุนทางจิตวิญญาณ	4.42	0.69	สูง
3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบในช่วงเวลาของการตาย	4.46	0.68	สูง
4. การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ ตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ผู้ป่วยและครอบครัว	4.46	0.62	สูง
สมรรถนะโดยรวม	4.20	0.54	สูง

## ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการจัดการกับอาการ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา	3.28	1.36	ปานกลาง
2. การจัดการอาการปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา	3.08	1.32	ปานกลาง
3. การจัดการอาการระบบทางเดินหายใจ	3.70	1.16	สูง
4. การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร	3.32	1.21	ปานกลาง
5. การจัดการอาการทางระบบประสาท/อาการทางจิต	3.33	1.25	ปานกลาง
6. การประสานหรือจัดการให้มีการพิจารณายุติการ รักษาที่ยืดชีวิต	3.42	1.18	สูง
7. ความรู้สึกสะดวกใจ/ไม่วิตกกังวลในการช่วยยุติ การรักษาที่ยืดชีวิต	3.44	1.02	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.36	1.00	สูง

## ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการตัดสินใจ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กับผู้ป่วยและครอบครัว	3.48	1.12	สูง
2. การอภิปรายเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้ป่วย และครอบครัว	3.80	1.01	สูง
3. การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กับผู้ป่วยและครอบครัว	3.42	1.05	สูง
4. การอภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว	3.60	0.90	สูง
5. การใช้เจตนาารมณ์ของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการ ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต	3.84	0.86	สูง
6. การวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย / ครอบครัว ตั้งแต่เข้ารับการรักษา	3.59	0.87	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.62	0.74	สูง

## ตาราง 13

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการสื่อสาร จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การประสานงานในทีมไอซียูเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต	4.22	0.77	สูง
2. การหิบบกประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพมาอภิปรายกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.94	0.77	สูง
3. การพูดคุยเรื่องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.88	0.81	สูง
4. การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวในการตัดสินใจ	3.83	0.74	สูง
5. การจัดการความขัดแย้งของสมาชิกในทีมก่อนที่จะพบกับผู้ป่วยและ / หรือครอบครัว	3.42	0.89	สูง
6. การประสานงานให้มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง	3.56	0.85	สูง
7. การประสานงานให้สมาชิกในทีมพบปะกับผู้ป่วยและ / หรือสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	3.42	1.02	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.75	0.59	สูง

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การแสดงออกโดยการให้เกียรติ/เคารพการตาย ของผู้ป่วย	4.53	0.68	สูง
2. การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแล แบบประคับประคอง	4.32	0.66	สูง
3. การส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสห สาขาวิชาชีพ	4.39	0.68	สูง
4. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของเพื่อนร่วมงาน ในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.20	0.80	สูง
5. การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้สามารถ จัดการกับความกังวลใจของตนเอง	3.53	0.91	สูง
สมรรถนะโดยรวม	4.19	0.52	สูง

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวใน ระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง	3.65	0.92	สูง
2. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยน ทีมผู้รักษา	3.51	0.94	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.57	0.85	สูง



## ตาราง 16

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ด้านความรู้ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา	3.28	1.36	ปานกลาง
2. การจัดการอาการปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา	3.08	1.32	ปานกลาง
3. การจัดการอาการระบบทางเดินหายใจ	3.70	1.16	สูง
4. การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร	3.32	1.21	ปานกลาง
5. การจัดการอาการทางระบบประสาท/อาการทางจิต	3.33	1.25	ปานกลาง
6. การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว	3.48	1.12	สูง
7. การอภิปรายเกี่ยวกับการช่วยฟื้นฟูจิตใจกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.80	1.01	สูง
8. การประสานหรือจัดการให้มีการพิจารณายุติการรักษาที่ยืดชีวิต	3.42	1.18	สูง
9. การระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว	3.35	1.21	สูง
10. การระบุความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	3.48	1.09	สูง
11. การสนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	3.47	1.12	สูง
12. การระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว	3.47	1.07	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.43	0.99	สูง

## ตาราง 17

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ด้านทักษะ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กับผู้ป่วยและครอบครัว	3.42	1.05	สูง
2. การอภิปรายเกี่ยวกับสถานภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว	3.60	0.90	สูง
3. ความรู้สึกสะอึกใจ/ไม่วิตกกังวลในการช่วยยุดิ การรักษาที่ยืดชีวิต	3.44	1.02	สูง
4. การประสานงานในทีมไอซียูเรื่องการตัดสินใจ เกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต	4.22	0.77	สูง
5. การแสดงออกโดยการให้เกียรติ/เคารพการตาย ของผู้ป่วย	4.53	0.68	สูง
6. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่ง สนับสนุนทางจิตวิญญาณ	4.42	0.69	สูง
7. การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบในช่วงเวลาของการตาย	4.46	0.68	สูง
8. การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ ตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.46	0.62	สูง
9. การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล แบบประคับประคอง	4.32	0.66	สูง
10. การส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขา วิชาชีพ	4.39	0.68	สูง
11. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของเพื่อนร่วมงาน ในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.20	0.80	สูง
สมรรถนะโดยรวม	3.65	0.64	สูง

## ตาราง 18

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ด้านทัศนคติ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพไอซียู	M	SD	ระดับ
1. การวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย / ครอบครัว	3.59	0.87	สูง
2. การใช้เจตนาของแพทย์ของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต	3.84	0.86	สูง
3. การหิบบกประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพมาอภิปรายกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.94	0.77	สูง
4. การพูดคุยเรื่องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.88	0.81	สูง
5. การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวในการตัดสินใจ	3.83	0.74	สูง
6. การจัดการความขัดแย้งของสมาชิกในทีมก่อนที่จะพบกับผู้ป่วยและ / หรือครอบครัว	3.42	0.89	สูง
7. การประสานงานให้สมาชิกในทีมพบปะกับผู้ป่วยและ / หรือสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	3.56	0.85	สูง
8. การประสานงานให้มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง	3.42	1.02	สูง
9. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา	3.51	0.94	สูง
10. การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง	3.65	0.92	สูง
11. การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้สามารถจัดการกับความกังวลใจของตนเอง	3.53	0.91	สูง
สมรรถนะโดยรวม	4.13	0.51	สูง

## ตาราง 19

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. ผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษาควรได้รับการบอกความจริง	4.02	0.83	สูง
2. ผู้ป่วยใกล้ตายมักไม่ยอมรับความตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง	3.12	0.98	ปานกลาง
3. เมื่อผู้ป่วยพูดถึงความกลัวตาย พยาบาลควรจะเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวล	4.44	0.55	สูง
4. พยาบาลควรเอาใจใส่ดูแลต่อผู้ป่วยใกล้ตายอย่างใกล้ชิดไม่ละทิ้ง	4.57	0.50	สูง
5. ผู้ป่วยใกล้ตายควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างดีที่สุด	4.46	0.62	สูง
6. ผู้ป่วยใกล้ตายมักแสดงอาการโกรธต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม	3.03	1.03	ปานกลาง
7. เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายแสดงอาการโกรธและตำหนิ พยาบาล พยาบาลควรยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย	4.14	0.76	สูง
8. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลังจากทราบวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรเอาใจใส่และช่วยพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเศร้า	4.46	0.54	สูง
9. พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้เตรียมสภาพจิตใจให้ยอมรับความจริง เพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต	4.45	0.50	สูง
10. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพไม่ควรพูดคุยเรื่องความตายของผู้ป่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ยิน	2.76	1.24	ปานกลาง

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
11. พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว และไม่รบกวนผู้ป่วยเกินความจำเป็น	4.45	0.60	สูง
12. การสัมผัสผู้ป่วยใกล้ตายเป็นสิ่งที่พยาบาลควรกระทำในการถ่ายทอดความรู้สึกเห็นใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น	4.46	0.54	สูง
13. พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายพ้นจากความทุกข์ทรมานโดยการหยุดเครื่องช่วยชีวิตทุกอย่าง	3.34	1.29	ปานกลาง
14. พยาบาลควรอนุญาตให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดชิดกับผู้ป่วยใกล้ตายมาอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและมีความสุข	4.54	0.58	สูง
15. พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้อยู่ตามลำพังบ้าง	3.06	1.20	ปานกลาง
16. พยาบาลควรอนุญาตให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ทำกิจกรรมที่ต้องการ เช่น การอธิษฐาน การสวดมนต์ การฟังเทศน์ ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	4.68	0.50	สูง
17. ญาติของผู้ป่วยใกล้ตายควรได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย	4.60	0.57	สูง
โดยรวม	4.03	0.34	สูง

ตาราง 20

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในไอซียูเกี่ยวกับ  
บรรยากาศองค์การ โดยรวมและรายด้าน (N = 250)

บรรยากาศองค์การ	M	SD	ระดับ
3. ด้านโครงสร้าง	3.59	0.63	ปานกลาง
4. ด้านมาตรฐาน	3.61	0.60	ปานกลาง
5. ด้านความรับผิดชอบ	3.71	0.58	สูง
6. ด้านการได้รับการยอมรับ	3.78	0.62	สูง
7. ด้านการสนับสนุน	3.92	0.54	สูง
8. ด้านการยึดมั่นผูกพัน	3.94	0.58	สูง
โดยรวม	3.76	0.46	สูง

ตาราง 21

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศ  
องค์การ ด้านโครงสร้าง จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

บรรยากาศองค์การ	M	SD	ระดับ
1. การกำหนดเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.90	0.88	สูง
2. ขั้นตอนการทำงานเป็นอุปสรรคและมีความยุ่งยาก	3.48	1.09	ปานกลาง
3. การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.36	0.93	ปานกลาง
4. การประกาศนโยบายและเป้าหมายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.61	0.85	ปานกลาง
โดยรวม	3.59	0.63	ปานกลาง

## ตาราง 22

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใน ไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศ  
องค์การ ด้านมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

บรรยากาศองค์การ	M	SD	ระดับ
1. การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.65	0.82	ปานกลาง
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.60	0.90	ปานกลาง
3. การปรับปรุงวิธีการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	3.75	0.77	สูง
4. การประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายขึ้นกับการพิจารณาของผู้บังคับบัญชาคนเดียว	3.46	1.15	ปานกลาง
โดยรวม	3.61	0.60	สูง

## ตาราง 23

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใน ไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศ  
องค์การ ด้านความรับผิดชอบ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

บรรยากาศองค์การ	M	SD	ระดับ
1. ความรู้สึภกภาคภูมิใจที่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ สำคัญ	3.87	0.82	สูง
2. ผู้บังคับบัญชามอบความไว้วางใจในการทำงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แก่บุคลากร	3.81	0.77	สูง
3. การตัดสินใจแก้ปัญหาในการทำงานด้านการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างอิสระ	3.76	0.76	สูง
4. การริเริ่มทำโครงการหรือสร้างนวัตกรรมใหม่ๆที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.41	0.82	ปานกลาง
โดยรวม	3.71	0.58	สูง

## ตาราง 24

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใน ไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร ด้านการได้รับการยอมรับ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

บรรยากาศองค์กร	M	SD	ระดับ
1. การชื่นชมบุคลากรเมื่อปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตามเป้าหมาย	3.81	0.77	สูง
2. การสนับสนุนพัฒนา ความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.94	0.78	สูง
3. การตั้งใจให้ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการให้รางวัล	3.42	0.93	ปานกลาง
4. ความเห็นอกเห็นใจเมื่อทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผิดพลาด โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์	3.96	0.97	สูง
โดยรวม	3.78	0.62	สูง

## ตาราง 25

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใน ไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร ด้านการสนับสนุน จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

บรรยากาศองค์กร	M	SD	ระดับ
1. ความรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.03	0.73	สูง
2. การใส่ใจและให้การสนับสนุนในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.02	0.75	สูง
3. ความร่วมมือและช่วยเหลือเมื่อต้องทำงานที่ยุ่งยาก โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.07	0.92	สูง
4. การจัดบรรยากาศและพื้นที่ที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.59	0.87	ปานกลาง
โดยรวม	3.92	0.54	สูง



## ตาราง 26

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในไอซียูเกี่ยวกับบรรยากาศ  
องค์กร ด้านความยึดมั่นผูกพัน จำแนกเป็นรายข้อ (N = 250)

บรรยากาศองค์กร	M	SD	ระดับ
1. การตั้งใจทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีที่สุด	4.07	0.66	สูง
2. ความรู้สึกภูมิใจที่หน่วยงานได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.07	0.70	สูง
3. การแนะนำญาติและเพื่อนหรือคนที่รู้จักให้มาใช้บริการที่หน่วยงาน	3.56	0.94	สูง
4. การย้ายไปทำงานในหน่วยงานอื่นที่ให้การสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.10	1.00	สูง
โดยรวม	3.94	0.58	สูง

ตาราง 27

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในภาพรวมและรายด้านกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (N=250 คน)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1							
2. บรรยากาศองค์การโดยรวม	.603**	1						
<b>บรรยากาศองค์การ (รายด้าน)</b>								
3. ด้านโครงสร้าง	.509**	.799**	1					
4. ด้านมาตรฐาน	.524**	.836**	.741**	1				
5. ด้านความรับผิดชอบ	.485**	.776**	.530**	.555**	1			
6. ด้านการได้รับการยอมรับ	.422**	.774**	.510**	.577**	.528**	1		
7. ด้านการสนับสนุน	.503**	.840**	.571**	.634**	.591**	.630**	1	
8. ด้านการยึดมั่นผูกพัน	.373**	.648**	.348**	.384**	.434**	.359**	.531**	1

\*\*  $P < .01$

**ภาคผนวก ญ**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
  
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
  
3. คุณอรพรรณ ไชยเพชร พยาบาลชำนาญการ 8  
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) (อายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์)  
หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาววรินา หนูพินิจ	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421063	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	2553

## ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

วรินา หนูพินิจ, กิตติกร นิลมานันต์, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2559). สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู. ใน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสุรินทร์ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตสุรินทร์ วิทยาลัยเทคนิคสุรินทร์ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชมงคลสุรินทร์ วิชาการ ครั้งที่ 8 หัวข้อ วิจัยเพื่อประเทศไทย 4.0. (หน้า C 89- C 101). สุรินทร์: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสุรินทร์.