

การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่

**Novice Nurses' Preparedness, Knowledge and Caring Behavior
for Patients at the End of Life**

เตชทัต อัครธนารักษ์

Techathat Akarathanarak

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

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่
ผู้เขียน	นายเดชทัต อัครนารักษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)	ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)	กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)
	กรรมการ (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

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

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นายเดชทัต อัครธนาภิษฐ์)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นายเดชทัต อัครณารักษ์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่
ผู้เขียน	นายเดชทัต อัครนารักษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งมีอายุงาน 6 เดือนถึง 12 เดือน จำนวน 112 ราย และมีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทดสอบค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 และ .90 ตามลำดับ และ (4) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทดสอบค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร test-retest ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients)

ผลการวิจัย พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.34, S.D. = 11.49$) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 70.31, S.D. = 10.18$) พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.84, S.D. = .29$) และพบว่า การเตรียมความพร้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการเตรียมความพร้อมกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย และไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยที่ได้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับสถานศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล เพื่อเตรียมพยาบาลจบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับพยาบาลจบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Thesis Title	Novice Nurses' Preparedness, Knowledge and Caring Behavior for Patients at the End of Life
Author	Mr. Techathat Akarathanarak
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were (1) to examine the level of preparedness, knowledge and caring behavior for patients at the end of life, (2) to examine the relationship between preparedness, knowledge and caring behavior for patients at the end of life among novice nurses. The sample consisted of 112 nurses who graduated with a bachelor degree and had working experience of between 6 and 12 months in the South of Thailand. These nurses had direct experience in caring for at least one patient at the end of life. The instruments used in the study included: (1) Demographic Data Questionnaire, (2) Preparedness in Caring for Patients at the End of Life questionnaire, (3) Caring Behavior for Patients at the End of Life questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient of questionnaires 2 and 3 were .86 and .90, respectively, and (4) Knowledge in Caring for Patients at the End of Life questionnaire. The test-retest of questionnaire 4 was .85. The demographic data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman rank-order correlation coefficients were used to analyze the relationships between preparedness, knowledge, and caring behavior for patients at the end of life.

The results showed that the preparedness in caring for patients at the end of life was at a moderate level ($M = 74.34$, $S.D. = 11.49$). The knowledge in caring for patients at the end of life was at a moderate level ($M = 70.31$, $S.D. = 10.18$). The caring behavior for patients at the end of life was at a moderate level ($M = 1.84$, $S.D. = .29$). This study found that the preparedness was positively correlated with the caring behavior for patients at the end of life ($r = .381$, $p < .01$). There was no statistical correlation between preparedness and knowledge in caring for patients at the end of life, and no statistical correlation between knowledge and caring behavior for patients at the end of life.

The result of this study can serve as fundamental data for nursing institutions to arrange suitable teaching and learning regarding end-of-life care for nursing students. In addition, the study provides data for hospitals to prepare novice nurses to care for patients at the end of life more effectively.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ กองสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวรัตน์ มัชฌิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย และสิ่งสำคัญที่สุดคือการเอาใจใส่ติดตามความก้าวหน้าของวิทยานิพนธ์อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการให้กำลังใจ และการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยอย่างเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และคุณอรพรรณ ไชยเพชร ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีคุณค่าและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยชี้แนะแนวทางและการเป็นแบบอย่างที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งที่ได้ให้ความร่วมมือ และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล หัวหน้าพยาบาลที่ให้ความกรุณาในการประสานงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเรียบร้อยในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งพยาบาลทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่น้อง และทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา รวมทั้งขอขอบพระคุณคุณณัฐนิ บุญรัตน์ สำหรับความช่วยเหลือทุกอย่าง และขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านสำหรับกำลังใจ ความรัก ความห่วงใย และคอยช่วยเหลือตลอดมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขออุทิศประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ให้แก่นางสา ทนเพิ่ม คุณยายผู้ซึ่งล่วงลับ ที่เป็นแรงบันดาลใจสำคัญยิ่งในการศึกษาจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

เดชทัต อัครชนารักษ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	12
ความสำคัญของงานวิจัย.....	12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	14
พยาบาลจบใหม่.....	15
การเตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	19
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	25
พฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	38
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
สถานที่ทำการศึกษา.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	62
ผลการวิจัย.....	62
อภิปรายผลการวิจัย.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	85
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	87
เอกสารอ้างอิง.....	89
ภาคผนวก.....	102
ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	103
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	110
ค ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย.....	115
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	118
จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	125
ฉ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย.....	131
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	137
ประวัติผู้เขียน.....	138

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์.....	54
2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (N=112)	63
3 ค่าคะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด ค่าคะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาพรวม จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=112).....	65
4 ค่าคะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแหล่งการเตรียมความพร้อม จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=112).....	66
5 คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=112).....	67
6 ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=112).....	68
7 ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมกับการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมกับความรู้ และความรู้กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (N=112).....	70
8 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งการเตรียมความพร้อมกับการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (N=112).....	70
9 ความสัมพันธ์รายด้านระหว่างการเตรียมความพร้อมกับการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (N=112).....	71

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลจบใหม่ภาพรวม (N=112).....	125
11	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล จบใหม่ (N=112).....	127
12	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ (N=112).....	128

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัยการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้อ อาหารแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	10
2 วิธีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	27

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพทย์มีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น จากการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อชะลอความตาย และช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แต่ความตายก็ยังเป็นสิ่งที่หนีไม่พ้นของมนุษย์ เป็นกฎที่ไม่สามารถหนีพ้นได้ ซึ่งแนวโน้มสถิติจำนวนการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยมีเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2553-2554 มีจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด 411,311 และ 414,670 คน ตามลำดับ (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) ซึ่งคนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90 จะเสียชีวิตแบบค่อยเป็นค่อยไปมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เสียชีวิตแบบกะทันหัน ดังนั้นคนส่วนใหญ่จะได้สัมผัสหรือมีประสบการณ์กับอาการในระยะสุดท้ายของชีวิต (คาริน, 2556)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่หมดหวังที่จะรักษาให้หายขาดได้ ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด ๆ ส่วนใหญ่แพทย์จะพยากรณ์ถึงการมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี (บัจอร์, 2556; Jonsen, Siegler, & Winslade, 2010) จะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางคลินิกไปในทางที่แย่ลงตามระยะเวลา (Kinzbrunner, 2002) กลไกการทำงานของอวัยวะในร่างกายจะมีการเสื่อมสภาพ และหยุดการทำงานไปที่ละระบบ (สง่า, 2554) ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย หายใจลำบาก กระวนกระวาย ซึมเศร้า และอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นต้น (Connor, 2009) อาการจะมีการกำเริบเป็นระยะ ๆ อาการที่กำเริบแต่ละครั้ง สามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ทันที (กิตติกร, 2555) ซึ่งไม่สามารถมีใครบอกได้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้เป็นสัปดาห์ เป็นวัน เป็นชั่วโมงหรือแค่วินาที แต่ทุกคนจะรู้ดีว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความหมายและเป็นช่วงเวลาที่ยากจะรับมือทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (คาริน, 2556)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (สกล, 2553) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) ได้กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคอง ไว้ว่า เป็นการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตให้แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้สามารถเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยและลดความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งให้การดูแลรักษาตามอาการตั้งแต่เจ็บป่วยจนกระทั่งตาย และมีการดูแล

หลังการตาย โดยเฉพาะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด จึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยคุณลักษณะของพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (บุญใจ, 2550) มีทัศนคติ มีทักษะในการสื่อสาร มีความมุ่งมั่น อดทน ตั้งใจจริง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการทำงานเป็นทีม มีการดูแลเอาใจใส่ ให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (วัชรภรณ์, 2549) สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ให้การดูแลช่วยเหลือได้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งเป็นการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่พยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติได้ (สมจิต, 2555)

จากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในประเทศไทย จึงมีการผลิตพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการผลิตพยาบาลเพิ่มเป็นประมาณ 9,000 คนต่อปี ระหว่างปี 2554-2559 (วิจิตร, 2555) ดังนั้นพยาบาลที่เข้ามาให้การดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่ง จึงเป็นพยาบาลจบใหม่ ที่เพิ่งได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พยาบาลจบใหม่ไม่เคยเผชิญสถานการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานจริง ยังพยายามค้นหาตนเอง มีการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับกฎเกณฑ์ที่คนรอบข้างสร้างขึ้น (Benner, 1984) เนื่องจากเมื่อพยาบาลจบใหม่ได้ปฏิบัติงานจริง จะพบสถานการณ์หลากหลายในกรณีที่คุณดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดความสามารถ และขาดความชำนาญในการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการดูแลวางแผนการพยาบาล ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการนำความรู้ไปประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน (ณัฐยานันท์, อรพินทร์, และอังสินันท์, 2553; Albutt, 2013) แต่พยาบาลจบใหม่จะถูกคาดหวังจากเพื่อนร่วมงานและสังคม ในฐานะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ไม่น้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ความเครียด และความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (ธีรภัทร, 2546)

พยาบาลจบใหม่ที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงควรมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ความสามารถ ทักษะในการสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง มีศิลปะในการดูแล มีจริยธรรมและเคารพในสิทธิความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (ทิพวรรณ, 2549) โดยในการเตรียมความพร้อมจะเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่ยังเรียนในสถานศึกษา และในสถานที่ทำงาน ซึ่งในสถานศึกษาจะมีการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (Gillan, van der Riet, & Jeong, 2013) ส่วนในสถานที่ทำงานจะมีการจัดปฐมนิเทศก่อนเริ่มปฏิบัติงาน การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน และมีการจัดอบรมหรือมีการจัดประชุม (นิตยา, 2552) เพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้และทักษะที่สามารถที่จะนำประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ (Gillan et al., 2013; Li & Kenward, 2006)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอีกสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน ให้สามารถมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับที่มากพอ (แพรวพรรณ, 2551) จากการศึกษาของเคิร์ชฮอฟฟ์และเบคสตรานด์ (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ชี้ให้เห็นว่า การมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่เพียงพอของพยาบาล เป็นอุปสรรคใหญ่ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้นความรู้ที่ดีของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะสุดท้ายที่ดีมีคุณภาพ ซึ่งปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ถูกนำมาเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

ฟลอเรนซ์ไนติงเกิล (Florence Nightingale) เป็นพยาบาลที่เริ่มให้การพยาบาลโดยยึดหลักการดูแลแบบเอื้ออาทร และให้ความสำคัญกับการดูแลสิ่งแวดล้อม ต่อมาเมื่อนักทฤษฎีได้สร้างทฤษฎีและแนวคิดการดูแลในการพยาบาลหลายท่าน ซึ่งรวมถึง โรช (Roach) และได้ให้มุมมองว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออก หรือการกระทำอย่างเฉพาะเจาะจงเมื่อให้การดูแล โดยได้เสนอกรอบแนวคิดการดูแล 6 ซี (Six Cs) ซึ่งประกอบไปด้วย ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ความสามารถ (competence) ความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (conscience) ความมุ่งมั่นที่จะทำ (commitment) และความประพฤติ (comportment) โดยมีเป้าหมายให้เป็นกรอบการดูแลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้ลึกซึ้ง และมีคุณภาพครอบคลุมแบบองค์รวม (Roach, 2002)

การดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นพฤติกรรมการดูแลที่พยาบาลกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ทั้งก่อนและหลังการตาย (Luck, Jackson, & Usher, 2008) ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะสามารถรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกของพยาบาลในขณะที่ให้การดูแล ผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจ ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถช่วยให้พ้นความทุกข์ทรมาน อยู่ด้วยความสุขสบายและได้เสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่พยาบาลจะแสดงออกมา โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลจะเกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษาและการศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรรถยา, 2547; Prompahakul, Nilmanat, & Kongsuwan, 2011b) การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล (Prompahakul et al., 2011b) ลักษณะการทำงานของทีมงานสุขภาพ และลักษณะหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (อรรถยา, กิตติกร, และวิภาวี, 2554; อารีญา, 2552) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล (อารีญา, 2552)

แต่ในปัจจุบันพบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลน้อยไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม โดยมีพยาบาลร้อยละ 84 ให้ความเห็นว่าการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ และร้อยละ 74 กล่าวว่าตนเองได้รับความรู้และประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (Todaro-Franceschi, 2013) และการศึกษาของกิลแลนและคณะ (Gillan et al., 2013) ได้ทบทวนวรรณกรรมหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากอดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า ในหลักสูตรพยาบาลปริญาตรี มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่เพียงพอ แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ไขปัญหาการขาดการเตรียมความพร้อมมาโดยตลอดก็ตาม โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาและราชอาณาจักรมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉลี่ยระหว่าง 7.8-12.2 ชั่วโมงต่อหลักสูตรการพยาบาลปริญาตรี (Lloyd-Williams, & Field, 2002) และในประเทศออสเตรเลียมีการเรียนการสอน 5-10 ชั่วโมง (Johnson, Chang, & O'Brien, 2009) สำหรับในประเทศไทยพบว่าหลักสูตรพยาบาลปริญาตรีมีการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยคือ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งส่วนใหญ่จะให้นักศึกษาจะได้รับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่เรียนในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Nilmanat & Phunggrassami, 2006) ซึ่งถ้ามีการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอ จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี (Li & Kenward, 2006) และในการเตรียมความพร้อมยังสามารถทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (Todaro-Franceschi, 2013)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่น้อย โดยเฉพาะการศึกษาในพยาบาลจบใหม่ สำหรับในประเทศไทย พบว่า จากการศึกษาของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ได้ใช้กรอบแนวคิดของโรช (Roach, 2002) ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการทำงานมากกว่า 1 ปี พบว่าพยาบาลที่มีอายุมาก มีประสบการณ์การทำงาน และได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และไม่มีประสบการณ์การฝึกอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถยา (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลนานกว่ามีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของโกคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ซึ่งได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 270 ราย พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.26 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับสูง

สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดฐา, อัจฉริยา, สมทรง, และอุมาภรณ์ (2554) ได้ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่าง 86 ราย โดยมีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 1-30 ปี พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก โดยภายหลังเข้าร่วมการอบรมพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพรวพรรณ (2551) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ซึ่งต้องจบการศึกษาพยาบาลปริญญาตรีอย่างน้อย 1 ปี พบว่า พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโครงการได้ร้อยละ 73.15 และ 65.17 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโครงการทันทีพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.75 และ 78.32 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจบใหม่น้อย แต่จากปัญหาปัจจุบันมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมากขึ้นตามฐานประชากร ประกอบกับการขาดแคลนบุคลากร พยาบาลจบใหม่จึงได้รับมอบหมายให้ไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การศึกษาของดิกกินสัน, คลาร์ก, และสคว (Dickinson, Clark, & Sque, 2008) ได้ศึกษาหลักสูตรพยาบาลในการเรียนการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศอังกฤษ พบว่า หลักสูตรพยาบาลยังขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจากการศึกษาของเคิร์ชฮอฟฟ์และเบคสเตรนด์ (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) ได้ศึกษาการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลขาดความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอลบัดท์ (Albutt, 2013) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมในการทำงานการดูแลพื้นฐานของพยาบาล พบว่า ความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการทำงานในอนาคต และจากการศึกษาของแทคเกอร์ (Thacker, 2008) ได้ศึกษาพฤติกรรมที่สนับสนุนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดกลางในสหรัฐอเมริกาจำนวน 316 ราย แบ่งเป็น พยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ 61 ราย ที่มีประสบการณ์ 69 ราย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 186 ราย พบว่า พยาบาลที่มีคุณลักษณะต่างกัน คือ พยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ มีประสบการณ์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ และไม่มีประสบการณ์ และพยาบาลที่มีประสบการณ์จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่า พยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ และจาก

การศึกษาของซัลลิแวน, ลาโคมา, บิลลิงส์, ปีเตอร์, และบล็อก (Sullivan, Lakoma, Billings, Peters, & Block, 2005) ได้ศึกษาผลของโครงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด โดยโครงการประกอบด้วยการเรียนการสอนใช้เวลา 2 สัปดาห์ ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นโครงการฝึกอบรมพัฒนาทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง สำรวจระยะยาวก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งแพทย์และพยาบาล พบว่า แพทย์และพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยภายหลังโครงการ โดยผลจากการเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมได้รับการกระตุ้นให้สะท้อนกลับถึงการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยใกล้ตาย และได้ฝึกฝนสร้างประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมกล่าวว่าประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาในพยาบาลทั่วไป ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลจบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังไม่มีการสำรวจความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพยาบาลจบใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลอีกกลุ่มหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถึงแม้จะเป็นพยาบาลที่อ่อนหัด ขาดความรู้และทักษะ และขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่กลับต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และมีความต้องการการดูแลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเตรียมความพร้อม และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่

คำถามการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับใด
2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับใด

3. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับใด

4. การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิด ดังนี้

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราและเอกสารต่าง ๆ เพื่อสร้างเป็นกรอบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถสรุปได้เป็นองค์ประกอบการเตรียมความพร้อมพยาบาล และแหล่งของการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. องค์ประกอบการเตรียมความพร้อมพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ การเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ และการเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพ ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ เป็นการเตรียมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องกลไกของโรค ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการ ครอบคลุมองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงทักษะในการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการบอกข่าวร้าย (Field & Cassel, 1997)

1.2 การเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ เป็นการเตรียมเพื่อพัฒนาความคิดเห็น ความเชื่อ การตระหนักและการรับรู้ความรู้สึกของตัวเองเกี่ยวกับความตาย ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตาย เตรียมตัวเองให้มีความไวในการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางศาสนา เชื้อชาติ และอื่น ๆ (Field & Cassel, 1997) ซึ่งถือเป็นการเตรียมความพร้อมขั้นต้นที่มีความจำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้สะท้อนความรู้สึก ความคิดของตนเอง และสามารถวิเคราะห์จุดด้อยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของตนเอง (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546)

1.3 การเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพ เป็นการเตรียมเกี่ยวกับความรู้ และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจริยธรรม ช่วยให้มีไหวและสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fry & Johnstone, 2002) มุ่งมั่นที่จะทำหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดีในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ทำดีและหลีกเลี่ยงการทำผิดจริยธรรม มีความซื่อสัตย์และความเมตตา เคารพในความเป็นบุคคลของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีความกระตือรือร้นให้ความสนใจ

และให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์หรือหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Field & Cassel, 1997)

2. แหล่งของการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งได้เป็น 3 แหล่ง ได้แก่ จากสถานศึกษา จากสถานที่ทำงาน และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง ดังนี้

2.1 จากสถานศึกษา ซึ่งเป็นการให้ความรู้และจัดประสบการณ์โดยในห้องเรียน เป็นการเรียนในภาคทฤษฎี เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งแบบบรรยาย อภิปรายกลุ่ม และการใช้บทบาทสมมติ เป็นต้น และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติในคลินิก โดยการนำความรู้ภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากสถานการณ์จริง (Gillan et al., 2013; Li & Kenward, 2006)

2.2 จากสถานที่ทำงาน ซึ่งจะเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประกอบไปด้วย การจัดปฐมนิเทศก่อนเข้าทำงาน เพื่อให้รู้จักนโยบาย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วย การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน เป็นการอบรมเพิ่มพูนความรู้โดยฝึกภาคปฏิบัติในด้านเทคนิคหรือวิธีให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดอบรมหรือประชุม จัดการให้ความรู้ทางวิชาการที่เป็นความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความรู้ในการเสริมประสบการณ์ในการรับผิดชอบหน้าที่ (นิตยา, 2552) รวมถึงการจัดให้มีทีมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/พยาบาลพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ชนิดฐาและคณะ, 2554)

2.3 จากการค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการศึกษา ทั้งจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และวิดีโอที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเอง เป็นต้น (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) ถือเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับกันว่ามีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาผู้เรียนให้ก้าวไปสู่โลกกว้างด้วยการศึกษาค้นคว้าได้อย่างอิสระ (ฟาฏินา, 2555) เพื่อให้เกิดความรู้ทางเทคนิควิชาชีพ ปรับปรุงตนเองให้ก้าวหน้าทางวิชาการ และสามารถปรับปรุงแก้ไขตนเอง ให้เกิดความเจริญงอกงาม มีประสิทธิภาพในการทำงาน (ทวีวัฒนา, 2540) ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมามาในชีวิตประจำวัน (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารต่าง ๆ และจากการศึกษาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของสถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine [IOM's]) โดยได้รวบรวมองค์ความรู้ที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Field & Cassel, 1997) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะเป็นความรู้เกี่ยวกับความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมายและหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะความเจ็บป่วยและวิถีความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางสรีรวิทยา และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. การจัดการกับความปวด ซึ่งจะเป็นความรู้เกี่ยวกับอาการปวดที่เกิดขึ้น การประเมินความปวด และการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับภาวะทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการของผู้ป่วย และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ผู้วิจัยได้อาศัยกรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี (Six Cs) ของโรช (Roach, 2002) ประกอบไปด้วย 6 ด้านดังนี้

1. ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการแสดงออกถึงการตระหนักถึงความรู้สึก ทั้งความทุกข์ความเจ็บปวดของผู้อื่น แสดงความเห็นอกเห็นใจ ตระหนักถึงความกลัว ความรู้สึกเจ็บปวด ความต้องการ และการสูญเสียของผู้ป่วยและครอบครัว (วราภรณ์และสุทธิพร, 2556; Roach, 2002)

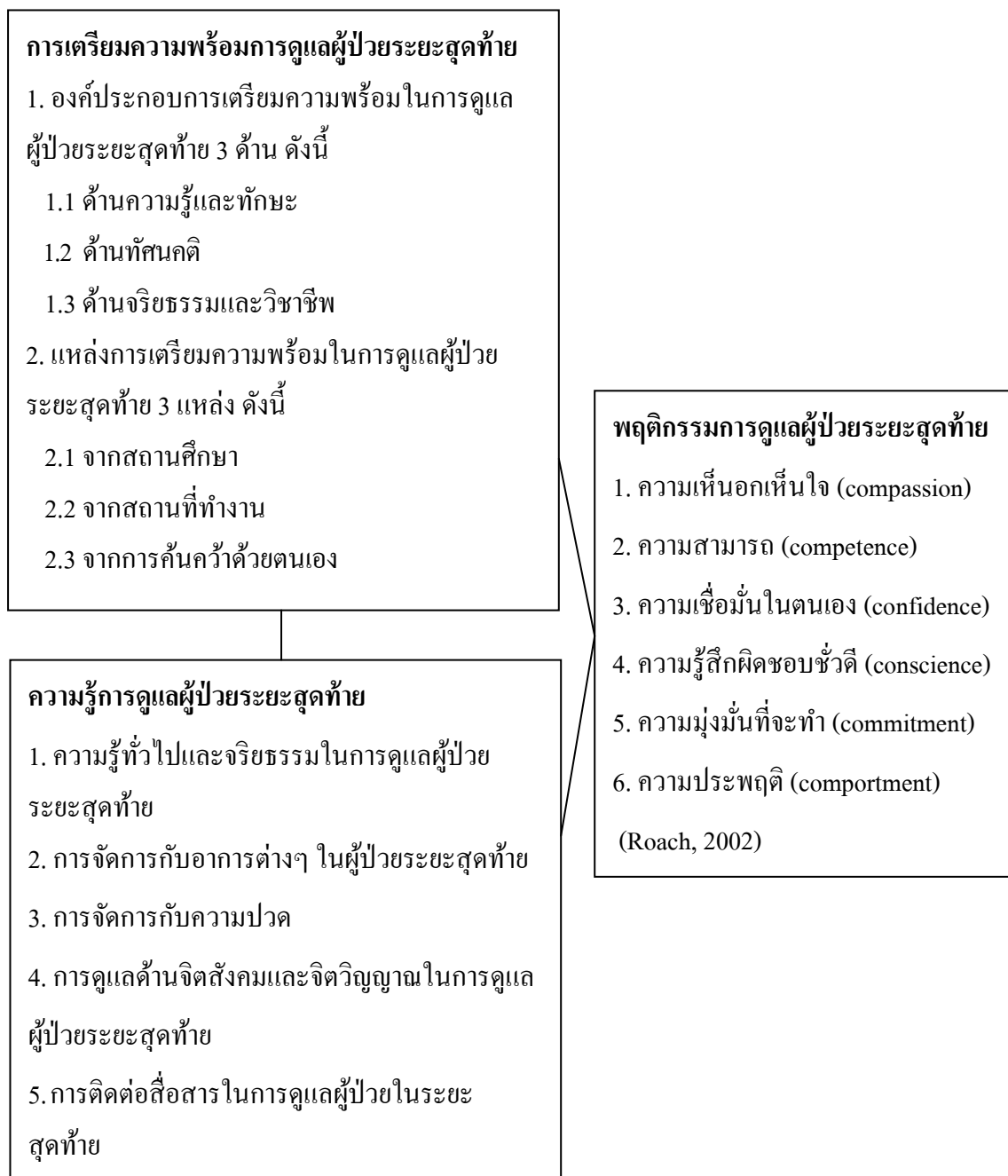
2. ความสามารถ (competence) ซึ่งเป็นพฤติกรรมแสดงออกที่สะท้อนถึงการมีความรู้ การตัดสินใจ ทักษะ ประสบการณ์ และแรงจูงใจที่จะตอบสนองต่อความต้องการของคนอื่น ๆ อย่างมีอาชีพ (วราภรณ์และสุทธิพร, 2556; Roach, 2002)

3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ด้วยการกระทำที่ทำให้คนอื่นเกิดความไว้วางใจ จากการให้ความช่วยเหลือ ให้ความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (วราภรณ์และสุทธิพร, 2556; Roach, 2002)

4. ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (conscience) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณธรรมจริยธรรมและศีลธรรมของพยาบาล ที่ดูแลบุคคลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง อะไรที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วราภรณ์และสุทธิพร, 2556; Roach, 2002)

5. ความมุ่งมั่นที่จะทำ (commitment) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้บรรลุผลสำเร็จ โดยกระทำด้วยความปรารถนาดีและตามภาระหน้าที่ (วราภรณ์และสุทธิพร, 2556; Roach, 2002)

6. ความประพฤติ (comportment) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเป็นพยาบาลมืออาชีพ ได้แก่ ลักษณะการแต่งกายของพยาบาล ภาษาและกิริยามารยาทที่ใช้ในการสื่อสาร ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเคารพ และการใช้ภาษาและกิริยาที่เหมาะสมยังเป็นการเคารพผู้ป่วยและครอบครัว (วรากรณ์และสุทธิพร, 2556; Roach, 2002)



ภาพ 7. กรอบแนวคิดการวิจัยการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมกับการรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ มีความสัมพันธ์กัน
2. การเตรียมความพร้อมกับการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่มีความสัมพันธ์กัน
3. ความรู้กับการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ มีความสัมพันธ์กัน

นิยามศัพท์

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ หมายถึง การที่พยาบาลจบใหม่เคยได้รับและหรือเคยมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เกี่ยวกับการเตรียมพร้อมด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ ด้านจริยธรรมและวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งจากสถานศึกษา จากสถานที่ทำงาน และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง ตั้งแต่เข้าศึกษาพยาบาลในสถานศึกษา จนถึงช่วงที่เริ่มทำงานจากสถานที่ทำงาน ซึ่งใช้แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 24 ข้อ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ หมายถึง ความรู้ที่พยาบาลจบใหม่มีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและจริยธรรม การจัดการกับอาการต่าง ๆ การจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการติดต่อสื่อสาร โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พัฒนาโดยเมืองของความหวังศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (City of Hope National Medical Center [COHNMC]) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 และมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยมนัสศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ หมายถึง การกระทำทุกอย่างที่พยาบาลจบใหม่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้การดูแลภายใต้กรอบแนวคิดของโรช (Roach, 2002) ประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความมุ่งมั่นที่จะทำ และความประพฤติ ซึ่งใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพรหมพาหกุล (Promphakul, 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 40 ข้อ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทำการศึกษาในพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 6 เดือน ถึง 12 เดือน

ความสำคัญของงานวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอน ในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเตรียมความพร้อม และแนวทางการพัฒนาความรู้ รวมทั้งพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลจบใหม่

1. ความหมายพยาบาลจบใหม่
2. ระดับขั้นการปฏิบัติงานของพยาบาล
3. ปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลจบใหม่

การเตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ความหมายการเตรียมความพร้อม
2. องค์ประกอบของการเตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย

3. แหล่งของการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล
2. เครื่องมือวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (patient at the end of life)

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหัวข้อของความหมายของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จอห์นเซนและคณะ (Jonsen et al., 2010) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยาและการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้พยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่า

สมิธและ โบนเนท (Smith & Bohnet, 1983) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีการใด ๆ อาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และเสียชีวิตในที่สุด

บังอร (2556) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่า เป็นการเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลาม เรื้อรัง และเข้าสู่ระยะสุดท้ายในการดำเนินการของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนใหญ่จะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่หมดหวังที่จะรักษาให้หายขาด (บังอร, 2556; Smith & Bohnet, 1983) ถึงขั้นเสียชีวิตไม่ว่าด้วยการรักษาวิธีใด ๆ (Jonsen et al., 2010; Smith & Bohnet, 1983) และอาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ ซึ่งร่างกายจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (Smith & Bohnet, 1983) สามารถพยากรณ์โรคได้ว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปีหรือน้อยกว่า (บังอร, 2556)

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วย โดยผ่านการประเมินและการจัดการที่มีคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Oncology Nursing Society, 2013) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง เป็นการดูแลช่วยเหลือเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน และ

การรักษาอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ ทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังเสียชีวิต (WHO, 2013) จากความหมายจะเห็นได้ว่า หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมุ่งไปที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการประเมินสถานะการเจ็บป่วย และการจัดการที่มีคุณภาพ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นแบบองค์รวม

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดูแลความสะดวกสบาย ลดความทุกข์ทรมาน ตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุลลินและโทมัส (Mullen & Thomas, 2009) ได้เสนอหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไปออกเป็น 7 หลักการ คือ (1) ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือก และวางแผนการดูแลรักษาด้วยตนเอง เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (2) ยึดหลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เหมาะสม และให้ตรงตามความต้องการ (3) ยึดหลักการทำงานเป็นทีม โดยให้การดูแลร่วมสหสาขาวิชาชีพ และร่วมระหว่างหน่วยงาน ให้การดูแลเป็นเครือข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สูงขึ้น (4) ยึดหลักให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการวางแผนล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต (5) ยึดหลักการดูแลตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว (6) ยึดหลักการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งวาระสุดท้ายและหลังเสียชีวิตให้ต่อเนื่อง (7) ยึดหลักการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้ดีขึ้น

พยาบาลจบใหม่ (novice nurse)

ปัจจุบันเกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่จะมาช่วยเหลือผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้เพิ่มการผลิตพยาบาลอีกปีละ 2000 คน เป็นเวลา 6 ปี เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ (วิจิตร, 2555) ดังนั้นพยาบาลที่เข้ามาทำงานจึงเป็นพยาบาลจบใหม่เพิ่มมากขึ้น และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพยาบาลจบใหม่ โดยประกอบไปด้วยความหมายพยาบาลจบใหม่ ระดับขั้นการปฏิบัติงานของพยาบาล และปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลจบใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

ความหมายพยาบาลจบใหม่

เบนเนอร์ (Benner, 1984) ได้ให้ความหมาย พยาบาลจบใหม่ ไว้ว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่เพิ่งเริ่มปฏิบัติงานถึง 1 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย และอาจไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานจริง

กลุ่มพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (NurseGroups, 2013) ให้ความหมาย พยาบาลจบใหม่ ไว้ว่า เป็นพยาบาลมือใหม่ที่เพิ่งเข้ามาทำงาน เป็นช่วงเวลาที่เริ่มต้นของอาชีพพยาบาล ต้องการการดูแลและคำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นพิเศษ

สรุปความหมายของพยาบาลจบใหม่ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ที่เพิ่งเข้ามาทำงานเริ่มต้นในอาชีพพยาบาล (Benner, 1984; NurseGroups, 2013) อายุการทำงานเริ่มจากการทำงานครั้งแรกถึง 1 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย และไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานจริง (Benner, 1984) ซึ่งมีความต้องการการดูแล และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (NurseGroups, 2013)

ระดับขั้นการปฏิบัติงานของพยาบาล

เบนเนอร์ (Benner, 1984) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีชาวสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานจนถึงผู้เชี่ยวชาญ และได้แบ่งระดับขั้นการปฏิบัติงานออกเป็น 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลจบใหม่ (novice) เป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานถึง 1 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย และอาจไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานจริง

2. พยาบาลเริ่มต้น (advanced beginner) เป็นพยาบาลที่เริ่มมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นระยะเวลา 1-2 ปี และเกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานและสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยยังอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า

3. พยาบาลที่มีความสามารถ (competent) ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นระยะเวลา 2-3 ปี และสามารถปฏิบัติงานตามแผนการดูแลที่วางไว้ได้ มีความสามารถในการพิจารณาหรือไตร่ตรองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

4. พยาบาลที่มีความชำนาญ (proficient) ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นเวลา 3-5 ปี ซึ่งสามารถรับรู้สถานการณ์ และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่าง

แบบองค์รวม สามารถพิจารณาตัดสินใจและมีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง สามารถแก้ไขปัญหาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้

5. พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ (expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานที่เดิมเป็นเวลามากกว่า 5 ปี เป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูงและมีความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเลือกวิธีแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

การศึกษาล่าสุดนี้ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาในลักษณะของพยาบาลจบใหม่ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งจบใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานในปีแรก ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหรือมีน้อย (Benner, 1984) ขาดความรู้ในการทำงาน ขาดความมั่นใจ ขาดทักษะในการสื่อสารระหว่างปฏิบัติงาน (Ali, Watson, & Albutt, 2011; Benner, 1984) รวมถึงขาดกระบวนการคิด การประเมินและการจัดการดูแลผู้ป่วย (Wilgis & McConnell, 2008) ทำให้ใช้เวลาในการปฏิบัติงานนานและขาดการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ (Benner, 1984)

สำหรับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จะมีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงควรมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่กลับพบว่าพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีการเตรียมความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวไม่เพียงพอ และขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ferrell, Virani, Grant, Rhome, Malloy, Bednash, & Grimm, 2005) ทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งรู้สึกลำบากใจและพยายามหลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเกิดความกลัวและไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Meraviglia, McGuire, & Chesley, 2003) ดังนั้นพยาบาลจบใหม่จึงต้องการคำแนะนำในการพัฒนาความรู้ทักษะทางคลินิกและกลวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพและมีความเห็นอกเห็นใจ การเตรียมความพร้อมที่ไม่เพียงพอสำหรับการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำไปสู่ความวิตกกังวล ความเครียด และความเหนื่อยหน่าย ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Caton & Klemm, 2006)

ปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลจบใหม่

ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำงานของพยาบาลจบใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแยกออกได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัญหาและอุปสรรคจากการเปลี่ยนแปลงบทบาท ปัญหาและอุปสรรคจากการทำงาน และปัญหาและอุปสรรคจากความขัดแย้งระหว่างบุคคล มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคจากการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งพยาบาลจบใหม่จะเกิดภาวะช็อกที่เกิดจากจินตนาการของตนเองก่อนเข้ามาทำงาน โดยจากสถานการณ์จริงไม่ตรงกับสิ่งที่คาดหวังของตน และการนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้ไม่สามารถบอกได้ถึงความเป็นวิชาชีพ เพราะการทำงานยังมีเรื่องของกรอบปรับตัว เพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่ให้เกิดความชำนาญตามลักษณะของวิชาชีพพยาบาล ซึ่งในช่วงที่เป็นนักศึกษาได้มีการฝึกปฏิบัติตามสถานที่ที่มีความหลากหลาย ย่อมส่งผลให้เกิดการคงอยู่ในงานและลดระยะเวลาของการเป็นพยาบาลจบใหม่ได้ (Kramer, 1974) และพยาบาลจบใหม่มักมีอายุอยู่ในช่วง 21-23 ปี เป็นวัยรุ่นตอนปลายต่อวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงสำคัญของชีวิตที่จะประสบกับความยุ่งยากและวิกฤตการณ์ในการปรับตัวมากที่สุด เพื่อสร้างแบบแผนการปรับตัวและบุคลิกภาพที่ดี (วิมล, 2546)

2. ปัญหาและอุปสรรคจากการทำงาน พยาบาลจบใหม่จะขาดความมั่นใจและความสามารถในการงาน ขาดทักษะในการสื่อสาร (Ali et al., 2011) มีความรู้น้อยในการดูแลผู้ป่วย และขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์ต่าง ๆ มีการะงันที่มากขึ้น (Purling & King, 2012) พยาบาลจบใหม่จะรู้สึกว่ตนเองต้องมีความรับผิดชอบในการทำงานเพิ่มขึ้น โดยขาดความช่วยเหลือหรือขาดที่ปรึกษา จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ กังวล หรืออาจเกิดความผิดพลาด (ปริญาและธีรณูช, 2555) ซึ่งจะมีการทำงานที่ซับซ้อนต้องการความถูกต้องและมีความคาดหวังจากองค์กร ที่คาดหวังว่าพยาบาลจบใหม่จะต้องทำงานได้อย่างรวดเร็วและมีศักยภาพเหมือนกับพยาบาลทั่วไป จะทำให้พยาบาลจบใหม่มีความรู้สึกว่ตนกำลังล้มเหลว ส่งผลต่อความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพจะทำให้พยาบาลจบใหม่ผ่านปัญหาจากการทำงานได้ (Kramer, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของปริญาและธีรณูช (2555) ได้ศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่ พยาบาลจบใหม่ต้องมีการทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่มีความรู้และประสบการณ์ที่สูงกว่าตนเอง และผู้ร่วมงานจะมีความคาดหวังว่พยาบาลจบใหม่ ต้องมีความรู้ความสามารถตามที่ตนต้องการ

3. ปัญหาและอุปสรรคจากความขัดแย้งระหว่างบุคคล โดยการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการติดต่อสื่อสาร (วิมล, 2546) ความขัดแย้งของบุคคลในที่ทำงาน สามารถทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดปัญหาความเครียด และความวิตกกังวลในช่วงปีแรกของการทำงาน บรรยาภาศที่ไม่เอื้ออำนวย (Kramer, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของปริญาและธีรณูช (2555) พบว่ การที่พยาบาลจบใหม่ต้องมีการทำงานในบรรยาภาศของหน่วยงานที่มีบุคลากรภายในหน่วยงานมีความขัดแย้งกัน เกิดการแบ่งพรรคแบ่งพวก ขาดความสามัคคีและขาดการทำงานเป็นทีม ทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดความเครียดและอึดอัดใจที่ต้องทำงานร่วมกัน และเกิดความสับสนว่ตนเองควรทำอย่างไร เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานทุกคนได้อย่างมีความสุข

สำหรับปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลจบใหม่ จากการทบทวนการศึกษาจะเห็นว่า พยาบาลจบใหม่จะมีปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปัญหาจากการทำงานที่ขาดความรู้และทักษะ และปัญหาจากความขัดแย้งภายในสถานที่ทำงาน และเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความซับซ้อน มีความต้องการการดูแลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งในสถานการณ์ที่พยาบาลจบใหม่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจริง จะไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้เรียนรู้มาในอดีต ถึงแม้พยาบาลจบใหม่จะมีการเรียนทางด้านแนวคิดทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นอย่างดี แต่เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ก็ต้องอาศัยทักษะและความชำนาญในการดูแลเป็นพิเศษ (ธีรภัทร, 2546) และในปัจจุบันพบปัญหาและอุปสรรคใหญ่ของพยาบาลอีกอย่างในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ali et al., 2011) ซึ่งเกิดจากพยาบาลไม่ได้รับหรือเคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เพียงพอ (Todaro-Franceschi, 2013) การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) ประกอบกับพยาบาลจบใหม่ เมื่อเข้าไปทำงานจะเจอปัญหาการแบ่งพรรคแบ่งพวกของบุคลากร และจะถูกคาดหวังจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งจะทำให้พยาบาลเกิดความขัดแย้งกับตนเอง เกิดความเครียด ความอึดอัดใจ (ธีรภัทร, 2546) โดยเฉพาะเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ยิ่งทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดความเครียด เกิดความอึดอัดใจไม่ยากที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (รัศมี, 2550) ซึ่งปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้จะทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเต็มที่ ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงคุณภาพการดูแลของพยาบาล

การเตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเตรียมความพร้อมในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนความสามารถหรือศักยภาพของพยาบาลที่จะปฏิบัติการดูแลต่อผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย (จอม, 2541 อ้างตามเพ็ญวิสาข์, 2555) และเมื่อพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (จันทร์ธัมม์และสมจิตร, 2551 อ้างตามเพ็ญวิสาข์, 2555) จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของพยาบาล โดยประกอบไปด้วย ความหมายการเตรียมความพร้อม องค์ประกอบของการเตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแหล่งของการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

ความหมายการเตรียมความพร้อม

ฮอร์นบี (Hornby, 2005) ได้ให้ความหมาย การเตรียมความพร้อม ไว้ว่าเป็นการกระทำ หรือกระบวนการของการได้รับการเตรียมตัวสำหรับบุคคลที่จะเริ่มต้นทำกิจกรรม

แวนเดนบอส (Vandenbos, 2007) การเตรียมความพร้อม หมายถึง เป็นกระบวนการ หรือการวางแผน ก่อนที่จะดำเนินการทำกิจกรรม

อรุณพร (2549) ได้กล่าวว่า การเตรียมความพร้อม หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของ บุคคลในการเตรียมตัวเพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยสามารถควบคุมตนเอง เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับการเรียนรู้หรือการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

สรุปความหมายของการเตรียมความพร้อม ได้ว่า เป็นการกระทำ ทั้งจากตนเอง และ จากการได้รับ (อรุณพร, 2549; Hornby, 2005) ตามกระบวนการที่จะทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (อรุณพร, 2549) จะมีการวางแผนก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Hornby, 2005; Vandenbos, 2007) ซึ่งเป็นการเตรียมตัว เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (อรุณพร, 2549)

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การเตรียมตัวทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยการกระทำจากตนเองและจากการได้รับตามกระบวนการ โดยมีการ วางแผนก่อนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อที่จะทำให้ตัวเองสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ อย่างเหมาะสม และบรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

องค์ประกอบของการเตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา ผู้วิจัยได้สรุปองค์ประกอบของการเตรียม ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเตรียม ความพร้อมด้านความรู้และทักษะ การเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ และการเตรียมความพร้อมด้าน จริยธรรมและวิชาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ โดยจะมีการเรียนรู้กลไกของ โรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ของความเจ็บปวดและอาการแสดงทางกายภาพ มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการ ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา ทักษะในการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการบอกข่าวร้าย (Field & Cassel, 1997) เช่น รู้ทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพจิตใจ และสืบค้นปัญหาที่อยู่ในใจ ผู้ป่วย (ทิพวรรณ, 2549) ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความสุขสบาย และได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการ (จุจเดือน, 2547; นุชนาด, 2556) รวมถึงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการประเมินอาการผู้ป่วย สถานะคุณภาพชีวิต และการพยากรณ์โรค (Field & Cassel, 1997) เช่น รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร มีพยาธิสภาพอย่างไร และควรให้การดูแลอย่างไรจึงจะเหมาะสม (ทิพวรรณ, 2549) ซึ่งเฟอร์เรลล์, เวอร์รานี, และเกรนท์ (Ferrell, Virani, & Grant, 1998) ได้ศึกษาการส่งเสริมการให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานดูแล ประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการจัดการความปวด ด้านการจัดการกับอาการ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และด้านผลที่เกิดหลังจากการเผชิญกับความตาย และในปี 2005 มีการศึกษาการพัฒนาและดำเนินการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโดยผ่านการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ สมาคมวิทยาลัยพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Colleges of Nursing [AACN]) เมืองของความหวังศูนย์มะเร็ง (City of Hope Cancer Center) และสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในระยะสุดท้าย (End-of-Life Nursing Education Consortium [ELNEC]) ซึ่งได้แบ่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะให้พยาบาลนำไปปฏิบัติ 9 ประการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (nursing care at the end of life) การจัดการกับความปวด (pain management) การจัดการกับอาการ (symptom management) หลักจริยธรรม กฎหมาย และวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ethical/legal issues; culture considerations in end-of-life care) การติดต่อสื่อสาร (communication) ภาวะเศร้าโศก สูญเสีย (grief, loss, bereavement) การเตรียมการดูแลเมื่อเวลาใกล้ตาย (preparation and care for the time of death) และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (achieving quality care at the end of life) (Ferrell et al., 2005)

2. การเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ โดยเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ การตระหนักและรับรู้ความรู้สึกของตัวเองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายและความตาย เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย มีความไวในการตอบสนองการดูแลผู้ป่วย ที่มีความแตกต่าง ทางศาสนา ทางเชื้อชาติ และอื่น ๆ (Field & Cassel, 1997) ซึ่งปราโมทย์และทัศนีย์ (2546) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมขั้นต้นที่มีความจำเป็น ต่อการดูแลแบบประคับประคอง คือ ต้องมีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมีประสบการณ์หลากหลาย เน้นให้เกิดความเข้าใจคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับการตายของตนเองและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เรียนได้สะท้อนความรู้สึก ความคิดของตนเอง และสามารถวิเคราะห์จุดด้อยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของตนเอง โดยการศึกษาของชนิดฐาและคณะ (2554) ที่ได้ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของสุภาพร (2537) ได้ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่มีคะแนนความตระหนักในตนเองที่เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและ

การกระทำของตนอยู่ในระดับสูง จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างหรือพัฒนาความตระหนักในตนเอง แก่ไขพฤติกรรมการดูแลบางประการที่ยังบกพร่อง เพื่อส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3. การเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพ โดยจะเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม เรื่องความรู้ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจริยธรรม มีความไวที่จะสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fry & Johnstone, 2002) มุ่งมั่นที่จะทำหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดีในขณะให้การดูแลผู้ป่วย ทำดีและหลีกเลี่ยงการทำผิดจริยธรรม มีความซื่อสัตย์และความเมตตา เคารพในความเป็นผู้ป่วยและครอบครัว มีความกระตือรือร้นให้ความสนใจ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสังคม ประชากร และทรัพยากร และให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์หรือหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Field & Cassel, 1997) ซึ่งประเด็นทางจริยธรรมและวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การเคารพเอกลัทธิ (autonomy) การทำในสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์ (beneficence) การไม่ทำอันตราย (do no harm) ความยุติธรรมเสมอภาค (justice) การบอกความจริง (truth-telling) และความซื่อสัตย์ (fidelity) (วิรัช, 2542ข; อรัญญา, 2547)

แหล่งของการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

แหล่งของการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แหล่ง คือ จากสถานศึกษา จากสถานที่ทำงาน และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แหล่งของการเตรียมความพร้อมจากสถานศึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเตรียมความพร้อมโดยสถานศึกษา เป็นการเตรียมความพร้อมโดยกระบวนการเรียนการสอนในสถาบันศึกษาพยาบาล ซึ่งจะประกอบไปด้วยการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (Albutt, 2013; Gillan et al., 2013; Li & Kenward, 2006) แบ่งการเตรียมความพร้อมออกเป็น 2 อย่าง คือ การเตรียมความพร้อมในห้องเรียนและการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติในคลินิก

1. การเตรียมความพร้อมในห้องเรียน มีวัตถุประสงค์ในการสอนภาคทฤษฎี มุ่งให้ความรู้ในเนื้อหาวิชา หลักการและวิธีปฏิบัติต่าง ๆ รวมถึงการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย (Li & Kenward, 2006) สำหรับการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย ยังให้ความสำคัญน้อยเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีจำนวนชั่วโมงในการเรียนการสอนประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งจะเป็นการบรรยาย

(Nilmanat & Phungrassami, 2006) และจากการศึกษาของปราโมทย์และทัศนีย์ (2546) ซึ่งได้ศึกษาการจัดการเรียนการสอนมรณศึกษาในระดับปริญญาตรีของสถาบันศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ที่พบว่าวัตถุประสงค์การเรียนของแต่ละสถาบัน เน้นด้านพุทธิปัญญาเป็นส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเรียนการสอนประมาณ 2.30 ถึง 4 ชั่วโมง ซึ่งจะใช้วิธีการบรรยาย อภิปรายกลุ่มใหญ่/ย่อย บทบาทสมมุติ และจะใช้สื่อหรือแหล่งความรู้จากเอกสาร ตำรา บทความในวารสาร และภาพยนตร์ เป็นต้น

2. การเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติในคลินิก มีวัตถุประสงค์ในการสอนภาคปฏิบัติ คือ ให้นักศึกษาสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ สามารถวางแผน จำแนก วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา และแก้ปัญหาทางการพยาบาล สามารถเลือกวิธีการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการตัดสินใจ มีความสามารถในการสื่อสาร และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (วรรณา, อรรณณ, ผกาทิพย์, และมาลินี, 2551) ซึ่งจากสถาบันที่มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับมรณศึกษา ร้อยละ 28.57 จะจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้ประสบการณ์จากสถานการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) ส่วนใหญ่นักศึกษาจึงได้รับประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่เรียนในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Nilmanat & Phungrassami, 2006) จำนวนครั้งของประสบการณ์หรือจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นักศึกษาให้การดูแลไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และลักษณะของผู้ป่วย และช่วงเวลาที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติ

แหล่งของการเตรียมความพร้อมจากสถานที่ทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเตรียมความพร้อมโดยสถานที่ทำงาน เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลจบใหม่ที่จะเข้าทำงานในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่เข้าทำงานใหม่ ทั้งในก่อนปฏิบัติงานและขณะปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มความสามารถการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลใหม่ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก (นิภาพร, 2548) ซึ่งสามารถแบ่งรูปแบบการเตรียมความพร้อมได้เป็นการจัดปฐมนิเทศก่อนเริ่มงาน การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน และการจัดอบรมหรือการประชุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดปฐมนิเทศก่อนเริ่มงาน โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับองค์กรหรือสถาบัน ประกอบด้วยนโยบาย วัตถุประสงค์ ระเบียบหรือข้อปฏิบัติ รวมถึงการแนะนำสถานที่และบุคคลในองค์กรหรือสถาบัน ส่วนเนื้อหาที่เกี่ยวกับหอผู้ป่วยควรจะไปด้วยสภาพหรือลักษณะของหอผู้ป่วย ชนิดของการบริการ กฎระเบียบหรือข้อปฏิบัติ วิธีการแก้ปัญหของอุปกรณ์เครื่องใช้ ระบบของการปฏิบัติงานที่สำคัญ และบุคลากรในหอผู้ป่วย เป็นต้น (นิตยา, 2552) เช่น ในโรงพยาบาลชลบุรี พยาบาลใหม่ทุกคนจะได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีการพัฒนาจิตใจ

บุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้มีการฟังเทศน์ การฝึกสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น (มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี, 2555)

2. การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน เป็นการอบรมให้ความรู้หรือฟื้นฟูความรู้ในงานที่ปฏิบัติและทักษะเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทักษะ และวิชาการใหม่ ๆ อาจเป็นความรู้ใหม่หรือทบทวนความรู้เดิมก็ได้ ซึ่งการอบรมนี้อาจกระทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานตามปกติ (ทวีวัฒนา, 2540; นิตยา, 2552) ซึ่งในโรงพยาบาลชลบุรีจะมีการประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลและเตรียมความพร้อมของพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ทุกคน และมีคู่มือการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เกี่ยวกับการจัดการอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคมอย่างครอบคลุม (มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี, 2555) ซึ่งจากการศึกษาของโทดาโรเฟร์นเชสซี (Todaro-Franceschi, 2013) โดยได้ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลคุณภาพชีวิตอย่างมีอาชีพ พบว่า ร้อยละ 74 ของพยาบาล กล่าวว่า ตนเองได้รับความรู้และประสบการณ์ส่วนใหญ่จากการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงโดยตรง ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลได้เรียนรู้สามารถช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติที่มีต่อการดูแลแบบประคับประคอง และสามารถปลดปล่อยลดความวิตกกังวลของพยาบาลที่กำลังให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (Kwekkeboom, Vahl, & Eland, 2005)

3. การจัดอบรมหรือการประชุม ซึ่งเป็นการจัดให้ความรู้ทางวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยเป็นความรู้ทั่วไปและความรู้เสริมประสบการณ์ในการรับผิดชอบในหน้าที่ การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อเรื่องหรือประเด็นที่หน้าสนใจ และจัดการประชุมอภิปรายทางวิชาการ (นิตยา, 2552) ซึ่งการศึกษาของชนิตฐาและคณะ (2554) ได้ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ และได้ให้ข้อเสนอว่า ควรมีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับพยาบาลทุกคน เนื่องจากการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยปรับทัศนคติและการปฏิบัติให้ดีขึ้น และจัดให้มีทีมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คอยให้คำปรึกษาแก่พยาบาลระดับต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

แหล่งของการเตรียมความพร้อมจากการค้นคว้าด้วยตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การค้นคว้าด้วยตนเอง เป็นการค้นคว้าทั้งจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และ วิดีโอที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) โดยถือเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับกันว่ามีประสิทธิภาพ และใช้กันอย่างกว้างขวาง สามารถพัฒนาผู้เรียนให้ก้าวไปสู่โลกกว้างด้วยการศึกษาค้นคว้าได้อย่างอิสระ (ฟาฏินา, 2555) เพื่อให้เกิดความรู้ทางเทคนิควิชาชีพ ปรับปรุงตนเองให้ก้าวหน้าทางวิชาการ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีจุดหมาย มุ่งมั่นและสามารถปรับปรุงแก้ไขตนเองให้เจริญงอกงาม มีประสิทธิภาพในการทำงานทั้งทางด้านปัญญาและด้านคุณธรรม (ทวีวัฒนา, 2540) ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตประจำวัน และจะมีอยู่น้อยมาก เนื่องจากโอกาสที่คนเราจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการตายโดยตรงไปตรงมาในชีวิตประจำวันมีน้อย (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) ซึ่งเมื่อเข้ามาเรียนพยาบาลก็就会被คาดหวังให้เป็นบุคคลที่มีความไวต่อความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสามารถที่จะให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Degner & Gow, 1988 อ้างตามปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) ซึ่งในหลักสูตรการเรียนการสอนมรณศึกษาในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 57.71 ของสถาบันที่มีการเรียนการสอนมรณศึกษาจะจัดให้นักศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ปราโมทย์และ ทัศนีย์, 2546) โดยจากการศึกษาของคาร์มอร์, แมคโครเกอ, เซอริน, จอนสัน, เฮอซีเลอร์, และเบรดเลอร์ (Cramer, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzel, & Bradler, 2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย โดยมีพยาบาลเพียงร้อยละ 30 ที่ประเมินตนเองว่ามีความรู้มากเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ให้จัดการกับความเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง หาแนวทางรักษาที่ดีที่สุดตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ (Cherny, 2003) ความรู้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ การตระหนักรู้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็น ที่พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน (แพรวพรรณ, 2551) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบไปด้วย องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล และเครื่องมือวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราและเอกสารต่าง ๆ และจากการศึกษาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา (IOM's) ที่ได้รวบรวมองค์ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยสามารถแบ่งออกได้เป็นความรู้ทั่วไปและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้ (Field & Cassel, 1997)

ความรู้ทั่วไปและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย วิธีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตอบสนองด้านจิตสังคมต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

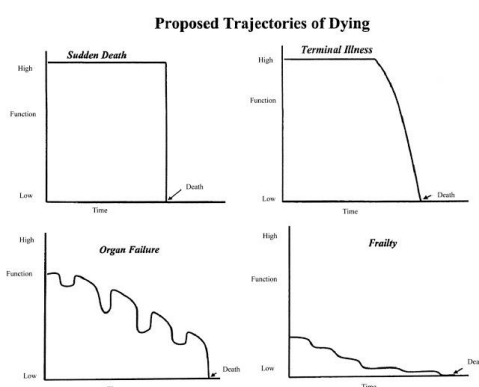
การวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

คิมซบรุนเนอร์ (Kimzbrunner, 2002) ได้กล่าวถึง การวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นการวินิจฉัยจากความก้าวหน้าทางคลินิก ซึ่งสามารถประเมินจากอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยไปในทิศทางที่แย่งลงตามการดำเนินการของโรค และยังสามารถประเมินได้จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเอกซเรย์ เพื่อประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของปอด การทำงานของตับ และการทำงานของไต เป็นต้น และการวินิจฉัยจากการลดลงของการทำหน้าที่ โดยจะประเมินจากความสามารถในการทำงานที่ลดลง ซึ่งปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่นิยมใช้ คือ แบบประเมิน Karnofsky performance status (KPS) ถ้าผู้ป่วยมีค่าคะแนนของ KPS เท่ากับ 50 หรือน้อยกว่า แสดงว่า ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน แบบประเมิน the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ถ้ามีค่าคะแนน ECOG มากกว่าหรือเท่ากับ 2 แสดงว่า ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน และแบบประเมิน the Palliative Performance Scale (PPS) จะประเมินใน 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาการ และความรู้สึกรู้ตัว ถ้าผู้ป่วยมีค่าคะแนน PPS

มากกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ ค่าคะแนน PPS อยู่ระหว่าง 40-70 หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่จะอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-30 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แบบประเมิน PPS นิยมใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป

วิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เกลเซอร์และสตรอส (Glaser & Strauss) ได้มีการเริ่มศึกษาวิถีความเจ็บป่วยตั้งแต่ราวปี ค.ศ. 1960 และมีการศึกษาเกี่ยวกับวิถีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปวิถีความเจ็บป่วยได้ 4 วิธี คือ วิถีความเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (sudden death) โดยไม่มีการเตือนก่อนล่วงหน้า เป็นความตายที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เช่น อุบัติเหตุจากยานพาหนะ โรคหัวใจล้มเหลว ที่เกิดจากความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003; Lunney, Lynn, & Hogan, 2002) วิถีความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคมะเร็ง (terminal illness) ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ที่มีความคงที่ระยะยาว และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ลดลงอย่างรวดเร็ว โดยปกติรูปแบบเวลาจากการวินิจฉัยโรคไปสู่ความตายเป็นสัปดาห์หรือเดือน ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 4-5 เดือนก่อนเสียชีวิต วิถีความเจ็บป่วยที่เกิดจากอวัยวะล้มเหลวและการเจ็บป่วยเรื้อรัง (organ failure) ทำให้เกิดการเสียชีวิต จากการลดลงของหน้าที่การทำงานของอวัยวะในร่างกายอย่างต่อเนื่อง และมีความวิกฤตเฉียบพลัน ภายหลังความวิกฤตเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีการลดลงของการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายยิ่งขึ้น เช่น โรคไตวาย โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว และโรคตับวาย ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ที่จะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 เดือนก่อนเสียชีวิต และวิถีความเจ็บป่วยที่เกิดจากความเสื่อมของสมอง (frailty) โรคความจำเสื่อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของสมองจะมีการทำหน้าที่ลดลงอย่างช้า ๆ ในช่วง 12 เดือนก่อนเสียชีวิต (Lunney et al., 2003)



ภาพ 2. วิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Lunney et al., 2002)

การตอบสนองด้านจิตสังคมต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีวิธีการการปรับตัวและแสดงปฏิกิริยาการตอบสนองด้านจิตสังคมต่อความตายซึ่งมี 5 ขั้นตอน ตามข้อเสนอของคูเบลอร์รอสส์ (Kubler-Ross, 1993) คือ (1) ระยะปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation) เมื่อผู้ป่วยได้ทราบข่าวการเจ็บป่วยร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต ไม่เคยได้คาดคิดมาก่อนทำให้เกิดการตกใจอย่างรุนแรง ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย และไม่พูดถึงความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแยกตัวได้ (2) ระยะโกรธ (anger) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์โกรธ แสดงความเสียใจ โทษผู้อื่น ก้าวร้าวกับบุคคลข้างเคียง มีอารมณ์หงุดหงิด ขุนเฉียว ผู้ป่วยอาจจะแสดงอารมณ์ที่ไม่ดีออกมา (3) ระยะต่อรอง (bargaining) ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะแสวงหาแนวทางมาเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่สามารถปฏิเสธและโกรธสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ แต่จะอยู่ด้วยความหวังมักจะฟังพาส่งที่ตนเองมีความเชื่อและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เพื่อต่อรองให้ตนสามารถมีชีวิตอยู่ยืนยาวขึ้น (4) ระยะซึมเศร้า (depression) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าต่อการจะสูญเสียชีวิต และอาจแสดงอาการร้องไห้จากความเสียใจอย่างรุนแรง มีอาการอ่อนเพลีย ซึมหม่อลอยนอนไม่หลับ (5) ระยะยอมรับ (acceptance) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับในความตายที่กำลังจะมาถึงและเข้าใจว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยสามารถพูดถึงเรื่องความตายได้อย่างสงบ เริ่มจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต ปฏิกิริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยการตอบสนองไม่จำเป็นต้องดำเนินขึ้นตามลำดับ เมื่อเกิดแล้วสามารถกลับขึ้นมามีขึ้นได้อีก ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่จะมีผลต่อตัวบุคคล (Lawton, 2000)

หลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นจริยธรรมเป็นเรื่องที่ต้องมีการพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใด ควรกระทำหรือสิ่งใดไม่ควรกระทำ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเกิดประเด็นจริยธรรมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (สิวลี, 2547) เนื่องจากเป็นเรื่องยากที่จะตัดสินว่าการรักษาแบบใดดีที่สุด และปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากหลายองค์ประกอบด้วยกัน ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม (วิรัช, 2542ข) และจากการศึกษาของวันดี, สมพร, และอรัญญา (2544) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาล พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พยาบาลมากกว่าร้อยละ 55 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งหลักจริยธรรมที่สำคัญสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบไปด้วย (1) การเคารพอำนาจอธิปไตย (autonomy) ประเด็นที่เกี่ยวข้องที่พบบ่อย คือ การรักษาเพื่อยืดชีวิตและการยุติหรือยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต และการละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่มีความปวด (2) การทำในสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์ (beneficence) ประเด็น

จริยธรรมที่พบบ่อย คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการยุติการรักษาที่ไร้ประโยชน์ (3) การไม่ทำอันตราย (do no harm) ประเด็นจริยธรรมที่พบบ่อย คือ การรักษาที่ยืดชีวิตแต่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและครอบครัว และการให้และงดการให้อาหารและน้ำ (4) ความยุติธรรมเสมอภาค (justice) ประเด็นจริยธรรม ที่เกิดขึ้นบ่อยจะเป็นการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความยุติธรรม (5) การบอกความจริง (veracity or truth-telling) เป็นพื้นฐานในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ดังนั้นทุกคนจำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลที่จริงไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้อื่น และ (6) ความซื่อสัตย์หรือการปกปิดความลับ (fidelity) ซึ่งเป็นการปกปิดความลับ ข้อมูลหรือสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายหรือความอับอาย ซึ่งการปกปิดความลับเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความซื่อสัตย์ (วิรัช, 2542ข; ธรรมนูญ, 2547; Tilden, 1999) ซึ่งจากการศึกษาของ พจนา (2545) ได้ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็งในจังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.91 จะเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็งในลักษณะจะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือจะบอกให้คู่สมรสทราบเพื่อป้องกันอันตราย

การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยในการควบคุม และการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยแพทย์จะมุ่งเน้นในการรักษาตามพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาด้วยยา ส่วนพยาบาลจะมุ่งเน้นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าเน้นตัวโรค ซึ่งบทบาทสำคัญในการจัดการกับอาการประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วย การบริหารยาตามแผนการรักษา การบรรเทาอาการด้วยวิธีไม่ใช่ยา การสอนและการให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (กิตติกร, 2555) โดยอาการและการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ หายใจลำบาก สับสน คลื่นไส้อาเจียน อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก และอาการปวด เป็นอาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน มีรายละเอียดดังนี้

1. อาการหายใจลำบาก เกิดจากพยาธิสภาพที่ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ เกิดภาวะขาดออกซิเจน (วิจิตร, 2553) มีผลมาจากภาวะโลหิตจาง ท้องมาน หลอดลมตีบ หัวใจล้มเหลว การติดเชื้อที่ปอด มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดหรือหัวใจ ถุงลมรั่ว การอุดตันของหลอดเลือดดำที่ปอด มีผลทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยหอบ (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ข; Connor, 2009) จนทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลีย ซึ่งการดูแลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ยาแก้ปวด ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดลม เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ข; วิจิตร, 2553)

2. อาการสับสน ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนจะมีอาการและอาการแสดง เกี่ยวกับความรู้สึกตัวลดลง ความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง ระบบการจดจำบกพร่อง มีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลง (Banachlough, 1997; Macleod, 2006) สาเหตุเกิดจากยา ภาวะปัสสาวะคั่ง ความปวด มีก้อนที่สมอง มีการติดเชื้อ มีการเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ วิตกกังวล ขาดแอลกอฮอล์ รวมถึงการมีอาการเพ้อของผู้ป่วย (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก; Connor, 2009;) ซึ่งการดูแลเมื่อเกิดอาการสับสน ได้แก่ การป้องกันการเกิดอาการสับสน การจัดการอาการสับสน โดยการให้ยาต้านทางจิต การจัดการโดยไม่ใช้ยาเป็นการให้ข้อมูล การจัดกิจกรรมและจัดสิ่งแวดล้อม (กิตติกร, 2555; เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก) และการจัดการทางด้านจิตใจ สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามสื่อสารในระหว่างอาการสับสน มากกว่าการวินิจฉัยโรคหรือจัดการกับโรค (กิตติกร, 2555; Lodder & Read, 2007)

3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติในระบบประสาท การระคายเคืองบริเวณคอหอย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ความผิดปกติของการเผาผลาญ และปัจจัยทางด้านจิตใจและด้านอารมณ์ (Berger, & Berger, 2007; Thompson, 2004) ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา มีความผิดปกติในช่องปาก มีก้อนที่สมอง วิตกกังวล ภาวะแคลเซียมสูง มียูเรียในปัสสาวะ (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก; Connor, 2009) ซึ่งการดูแลเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน คือ การใช้ยาแก้คลื่นไส้ การจัดสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน กาแฟ ผลิตภัณฑ์จากนม อาหารทอดหรือมัน ๆ อาการที่มีรสจัด การจัดการโดยใช้ดนตรีบำบัด เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และผ่อนคลายความเครียด (กิตติกร, 2555; เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก)

4. อาการเบื่ออาหาร จะพบอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 34 (Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003) โดยสาเหตุหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกิดจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา (Berger, & Berger, 2007) ซึ่งจะทำให้เกิดปากเป็นแผล คลื่นไส้ ท้องผูก ภาวะแคลเซียมสูง การได้รับยาเคมี ความเครียด (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก; Connor, 2009) การดูแลเมื่อเกิดอาการเบื่ออาหาร คือ การให้รับประทานอาหารปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก) การใช้ยาในการบรรเทาอาการเบื่ออาหาร การจัดการอาหารที่ผู้ป่วยชอบ การให้สารน้ำหรือสารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำ การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (กิตติกร, 2555) และการลดการใช้พลังงาน (Brown, 2002)

5. อาการท้องผูก สาเหตุเกิดจากการได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย มีการทำงานของลำไส้ในการดูดน้ำกลับผิดปกติ จากภาวะขาดน้ำ ความเครียด และจากการมีแคลเซียมสูง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการได้รับยาที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้และการดูดกลับของน้ำในร่างกาย (เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก; Connor, 2009) ซึ่งการดูแลเมื่อเกิดอาการท้องผูก ได้แก่ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย การดื่มน้ำอุ่น การรับประทานอาการที่มีกากใย การใช้ยาระบาย และการสวนอุจจาระ (กิตติกร, 2555; เต็มศักดิ์และสิรินทร์, 2542ก)

การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีเป้าหมายและหลักการที่ชัดเจน และให้การดูแลแบบองค์รวม วิธีการจัดการกับอาการที่ดี ควรมีการค้นหาวิธีการจัดการ ค้นหาความรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด เนื่องจากญาติหรือบุคคลในครอบครัว จะเป็นความหวังและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย นอกเหนือจากอาการต่าง ๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว สิ่งหนึ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกที่สำคัญ คือ ความปวด (ลักขมิ, 2549)

การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความปวด เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ที่ร้อยละ 34-96 (Solono, Gomes, & Higginson, 2006) ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ถึงแม้ความปวดจะเป็นอาการที่พบบ่อย แต่การจัดการในปัจจุบันยังไม่มีจัดการความปวดที่ดีพอ (Cohen, botti, Hanna, Leach, Boyd, & Robbins, 2008)

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเรื่องความปวด (The International Association for the study of Pain [IASP]) ซึ่งได้ให้ความหมายของความปวด หมายถึง ประสบการณ์ทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายหรือมีแนวโน้มที่จะทำให้ร่างกายเกิดความเสียหาย (IASP, 2013) ความรู้สึกปวดไม่ได้จำกัดเฉพาะโรคที่มากระตุ่นระบบประสาท แต่เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การเจ็บปวดอาจแบ่งได้หลายชนิดพิจารณาได้จากตำแหน่ง ระยะเวลาที่เกิดอาการปวด หรือพฤติกรรมที่แสดงออก (ประดิษฐ์, 2553) ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตอารมณ์ในความวิตกกังวลว่าจะไม่ได้รับการจัดการที่ดี ส่งผลต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้ป่วยกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง และการไม่ยอมรับความตายส่งผลต่อจิตวิญญาณ (Leleszi & Lewandowski, 2005) กลไกทางสรีรวิทยาของระบบประสาทที่ทำให้เกิดความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเกิดจากการบาดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่อหรือตัวโรค มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นให้ระบบประสาททำหน้าที่ผิดปกติ ซึ่งเกิดได้ทั้งประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลาย การเสื่อมของปลายประสาท (ศศิกันต์, 2552) หรือเกิดจากผลข้างเคียงหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง จะมีลักษณะความปวดแบบแสบร้อน (วงจันทร์, 2554)

การประเมินความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกับวิธีการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความปวดให้ครอบคลุมทุกมิติ ประเมินเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการปรับขนาดของยาแก้ปวด เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (วิจิตรา, 2553) ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งการประเมินความปวดออกเป็น 3 รูปแบบ คือ การประเมินโดยให้ผู้ป่วยเป็น

ผู้บอกหรือระดับความรุนแรงความปวดด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับเป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) การบอกด้วยคำพูด (Verbal Descriptive Scale [VDS]) บอกความปวดชนิดเส้น (Visual Analogue Scale [VAS]) การประเมินจากการสังเกตหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงการตอบสนองต่อความปวด ประเมินจากการแสดงสีหน้า (Faces Pain Scales [FPS]) (วิจิตร, 2553; สหทัย, 2549) และการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ (วิจิตร, 2553) การประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ทราบถึงความรุนแรงของความปวดและแนวโน้มของความปวดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลจากการประเมินความปวดจะนำมา เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับความปวดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งการจัดการกับความปวดออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด และการจัดการความปวดแบบใช้ยาแก้ปวด

1. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด (non pharmacological) โดยเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาหลายวิธี เช่น การจัดสภาพแวดล้อม การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้ดนตรี การทำสมาธิ (วิจิตร, 2553) การนวดและการสัมผัส การกดจุด การประคบความร้อนหรือความเย็น (วิจิตร, 2553; Pan, Morrison, Ness, Fugh-Berman, & Lehmann, 2000) การฝังเข็ม และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (ลักขม, 2542; Pan et al., 2000) เพื่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการจัดการความปวดที่ผสมผสานระหว่างแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด กับแบบการใช้ยาแก้ปวดร่วมกัน นับว่าเป็นวิธีที่ได้ผลดีกว่าการที่ใช้ยาอย่างเดียว (วิจิตร, 2553) และจากการศึกษาของทิพย์ถาวร, วงจันทร์, และอรุณญา (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติ ความรู้ และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาอาการปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการปฏิบัติ ความรู้ และทัศนคติอยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาทุกวิธีมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการพัฒนาความรู้และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา

2. การจัดการความปวดแบบใช้ยาแก้ปวด (pharmacological) เป็นการจัดการความปวดแบบใช้ยาแก้ปวดจะมีประสิทธิภาพดีขึ้นอยู่กับการบริหารยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ให้ยาตรงตามเวลาหรือโดยการให้แบบต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด (วิจิตร, 2553) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งกลุ่มของยาเพื่อระงับความปวด ออกได้เป็น

3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid) กลุ่มยาแก้ปวดโอปิออยด์ (opioid) (ลักษมี, 2542; วิจิตร, 2553; Abemethy & Farrell, 2009; Briggs, 2003; Miller, 2004) และกลุ่มยาเสริมแก้ปวด (ลักษมี, 2542; Abemethy & Farrell, 2009; Briggs, 2003; Miller, 2004) ในการบริหารขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดหลักเกณฑ์การบริหารยาระงับปวด โดยใช้หลักบันได 3 ขั้น โดยขั้นที่ 1 ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 1-3 จากคะแนน 10) เป็นการใช้ยากกลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น acetaminophen หรือ NSAIDS ร่วมกับใช้ยาเสริมตามอาการ ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 4-6 จากคะแนน 10) โดยจะใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน เช่น codeine ร่วมกับใช้ยาเสริม และขั้นที่ 3 ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 7-10 จากคะแนน 10) ซึ่งจะใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อย่างแรง เช่น morphine ร่วมกับใช้ยาเสริม (ลักษมี, 2542; Briggs, 2003; Miller, 2004) ซึ่งจากการศึกษาของแลร์ด, โคลวิน, และฟอลลอน (Laird, Colvin, & Fallon, 2008) ได้ศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้การจัดการความปวดตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยพบว่า การใช้การจัดการความปวดตามขั้นบันไดสามารถควบคุมความปวดจากมะเร็งได้ถึงร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัวเซอร์, ฟิทรัก, เรดบรัค, สตูท, เลย์แมนน์, และกรอน (Meuser, Pietruck, Radbruch, Stute, Lehmann, & Grond, 2001) ที่ได้ศึกษาการติดตามการรักษาอาการปวดจากมะเร็งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก พบว่า การจัดการความปวดตามขั้นบันไดสามารถช่วยลดความรุนแรงของความปวดและช่วยบรรเทาอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

พยาบาลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Ferrell, Grant, & Virani, 1999) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับความปวด โดยพยาบาลต้องมีความรู้ในการจัดการกับความปวด การประเมินความปวด ความรู้และทักษะในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ความรู้การบริหารยา ความรู้ในการออกฤทธิ์ของยาและผลข้างเคียงในการใช้ยา ซึ่งการจัดการกับความปวดให้ได้ผลดีนั้นควรใช้หลายวิธีร่วมกัน คือ การจัดการกับความปวดทั้งจากการใช้ยาระงับปวดและการไม่ใช้ยาระงับปวด (Hader & Guy, 2004)

การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตสังคม อาจส่งผลทำให้ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายรุนแรงขึ้น ขณะเดียวกันถ้าไม่ได้รับการดูแลทางด้านร่างกายก็จะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านจิตสังคมเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงมีการดูแลให้ครอบคลุมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มากที่สุด การเข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะทางจิตสังคม และสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ (กิตติกร, 2555) ซึ่งคูเบลอร์รอสส์ (Kubler-Ross, 1993) ได้ศึกษากลไกการตอบสนองของผู้ป่วยที่ใกล้ตาย และได้แบ่งปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการตายออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ โดยถือว่าเป็นจุดเริ่มต้น ในการเข้าใจถึงผลกระทบด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จะมีความต้องการข้อมูล การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์และความเป็นบุคคล รวมถึงความต้องการการสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและสังคม (McIllmurray, Thomas, Francis, Morris, Soothill, & Al-hamad, 2001; Miller, Pittman, & Strong, 2003) แนวทางการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การส่งเสริมความสุข และบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม การป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ และดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา (กิตติกร, 2555)

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งในสังคมปัจจุบันมีความหลากหลาย แต่ละสังคมจะมีขนบธรรมเนียม วิถีชีวิต และการนับถือศาสนาที่แตกต่างกัน การดูแลทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแล (บาทหลวงเชดชัย, 2548) ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจในความเป็นบุคคลให้การเคารพ ค้นหาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อใช้ตอบสนองตามความต้องการนั้น ๆ (วิรัช, 2542; บาทหลวงเชดชัย, 2548) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณถือเป็นส่วนสำคัญ เป็นส่วนที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดมีชีวิตชีวา เกิดกำลังใจ ให้ตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงการเผชิญกับความตายเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ (สิวลี, 2547) ซึ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นความต้องการความรักและความหวัง มองโลกในแง่ดี ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ และตามความศรัทธา รวมถึงมีการค้นหาเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย และการละวางสิ่งที่ค้างคา (Hermann, 2007; Shih, Lin, Gau, Chen, Hsiao, Shih, & Sheu, 2005) จากการศึกษาของทิวารินทร์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นพยาบาลที่จะสามารถตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณเพื่อให้บรรลุผลมากที่สุด ควรมีการตระหนักถึงความสำคัญในการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ มีความรู้ลึกเมตตาสงสาร มีความเชื่อถือไว้วางใจกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีการให้อภัยเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีออกระหว่างการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และมีการทำงานเป็นทีม (สิวลี, 2547) ซึ่งพยาบาลสามารถที่จะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างความไว้วางใจ รับฟังและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ส่งเสริมพลังอำนาจและความหวังให้กับผู้ป่วย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ให้การดูแลความสุขสบายและควบคุมบรรเทาอาการ จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ

(กิตติกร, 2555) และจากการศึกษาของคูเพเปลโลมากี (Kuuppelomäki, 2001) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ซึ่งพบว่า พยาบาลร้อยละ 51 มีความพร้อมในการช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ โดยวิธีการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณที่มีมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในพิธีทางศาสนา รองลงมา คือ การช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายแห่งชีวิต และช่วยให้ได้พูดคุยกับพระ ตามลำดับ

การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว และส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษา และมีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อานนท์, 2542) โดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น ช่วยการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกออกมา และช่วยในการวางแผนให้การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ สามารถเข้าถึงปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยแนวทางในการสื่อสารและตอบสนองผู้ป่วย คือ การตระหนักถึงคำถามที่ผู้ป่วยแต่ละคนถามว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วยมาก ใช้คำถามที่เหมาะสมในการถามผู้ป่วย รับฟังอย่างตั้งใจและเอาใจใส่ มีการสรุปประเด็นที่ได้ยินเพื่อให้เข้าใจตรงกัน (จุจเดือน, 2547) ซึ่งอุปสรรคในการสื่อสารในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ อุปสรรคด้านผู้ป่วยและครอบครัว อุปสรรคด้านบุคลากรสุขภาพ และอุปสรรคด้านระบบบริการสุขภาพ (กิตติกร, 2555)

เครื่องมือวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

การวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแนวทางในการประเมินความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวโน้มการปฏิบัติการพยาบาล และลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พัฒนาโดยเมืองของความหวัง ศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยสพร ในปี พ.ศ. 2534 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยชนิดฐาและคณะ (2554) และแบบวัดการดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคองของพยาบาล ซึ่งสร้างขึ้นโดยรอสส์, แมคโดนัลด์, และแมคกินเนสส์ (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996) มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาโดยเมืองของความหวัง ศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยมนโศติปกร (Manosilapakorn, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อคำตอบ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 5 หัวข้อหลักดังนี้ ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 1-5) การจัดการกับความปวด (ข้อ 6-10) การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 11-15) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 16-17) และข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก (ข้อ 18-20) แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1 คะแนนสำหรับการตอบถูก และ 0 คะแนนสำหรับตอบผิด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย ซึ่งแพรวพรรณ (2551) ได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และหาความเที่ยง (reliability) โดยการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.61

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาโดยเมืองของความหวัง ศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ในปี ค.ศ. 1999 มาใช้ในการวิจัยในประเทศไทยจำนวน 2 เรื่อง คือ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ของแพรวพรรณ (2551) และเรื่อง Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand ของมนโศติปกร (Manosilapakorn, 2003) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้นี้ เนื่องจากสร้างขึ้นจากองค์กรที่มีการยอมรับทั่วโลก มีการแปลเป็นภาษาไทย และเคยมีการนำมาวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลได้จริง จากงานวิจัยที่ผ่านมาจำนวน 2 เรื่องที่ใช้ในประเทศไทย และมีข้อคำถามที่ครอบคลุมกรอบแนวคิด เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการศึกษาครั้งนี้

2. แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยรสพร ในปี พ.ศ. 2534 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อคำตอบ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 6 หัวข้อหลักดังนี้ วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 1-2) กระบวนการปรับตัวในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 3-6) การดูแลด้านร่างกาย (ข้อ 7-9) การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ (ข้อ 10-13) การดูแลครอบครัวและสังคม (ข้อ 14-18) และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (ข้อ 19-22) แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1 คะแนนสำหรับการตอบถูก และ 0 คะแนนสำหรับตอบผิด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-22

คะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึง ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงขึ้น คะแนนคิดเป็นร้อยละ น้อยกว่าร้อยละ 50 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 50-74 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75-100 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง ซึ่ง โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งหมดจำนวน 11 ท่าน และตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ซึ่งคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ .72

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างโดยรศพร ในปี พ.ศ. 2534 นำมาใช้ในงานวิจัยในประเทศ จำนวน 2 เรื่อง คือ เรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร (Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospital, Bangkok) ของ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) และ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ของรศพร (รศพร, 2534 อ้างตาม Pokpalagon, 2005) ผู้วิจัยไม่เลือกแบบประเมินนี้ เนื่องจากเป็นการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น

3. แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยชนิตฐาและคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อคำตอบ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ข้อ อาการและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 12 ข้อ และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 7 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1 คะแนนสำหรับการตอบถูก และ 0 คะแนนสำหรับตอบผิด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มาก หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงขึ้น คะแนนคิดเป็นร้อยละ มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย ซึ่งได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำ นำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ซึ่งคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ .59

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยชนิตฐาและคณะ (2554) ได้ใช้ในงานวิจัยเรื่อง

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ผู้วิจัยไม่เลือกแบบประเมินนี้ เนื่องจากเป็นการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หาค่าความเที่ยง (KR-20) ได้น้อยเท่ากับ .59 ซึ่งมีการนำมาใช้เพียงการศึกษาเดียว และมีข้อคำถามไม่ครอบคลุมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการศึกษารุ่นนี้

4. แบบวัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (Palliative Care Quiz for Nurses [PCQN]) สร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) ทดสอบความรู้ของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นคำตอบถูก ผิด และฉันไม่รู้ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการกับอาการต่าง ๆ การจัดการกับความปวด และการดูแลด้านจิตสังคม คะแนนอยู่ในช่วง 0 (แย่มาก) ถึง 20 (ดีมาก) ซึ่งได้คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.78

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบวัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (PCQN) สร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าใช้ในงานวิจัยในต่างประเทศ 2 เรื่อง คือ เรื่องคำถามการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาลต่อการพัฒนาแบบวัดความรู้การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล (The palliative care quiz for nursing [PCQN]: the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care) ของรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) และเรื่องความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายระยะยาวที่บ้าน (Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes) ของบราซิล, บริงก์, คัสโลเนน, เคลลี, และแมคไอนี (Brazil, Brink, Kaasalainen, Kelly, & McAiney, 2012) ผู้วิจัยไม่เลือกใช้แบบวัดนี้ เนื่องจากสร้างขึ้นจากการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี 1996 และ ไม่พบการนำมาใช้ในประเทศไทย

อย่างไรก็ตามจากที่ทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ยังไม่พบการศึกษาที่วัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพยาบาลจบใหม่โดยตรง

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ (Luck et al., 2008) พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประกอบไปด้วย แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมมีกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี (Six Cs) ของโรช (Roach) และทฤษฎี การดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson) มีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี (Six Cs) ของโรช (Roach)

โรช (Roach, 2002) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร ได้กล่าวว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออกหรือการกระทำอย่างเฉพาะเจาะจงเมื่อให้การดูแล เช่น การเสียสละเวลา การให้ข้อมูลที่เป็นความจริง การใช้ความรู้ความสามารถ มีเทคนิคขั้นตอนในการปฏิบัติ แสดงถึงการเคารพความเป็นบุคคล รักษาความสัมพันธ์และความไว้วางใจ และมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งโรช ได้พัฒนากลอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี (Six Cs) โดยประกอบไปด้วยความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความมุ่งมั่นที่จะทำ และความประพฤติ โดยมีเป้าหมายให้เป็นกรอบการดูแลของพยาบาลอย่างมืออาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยให้ลึกซึ้งและมีคุณภาพครอบคลุมแบบองค์รวม มีรายละเอียดดังนี้ (Roach, 2002)

1. ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) โดยเป็นพฤติกรรมการแสดงออกถึงการตระหนักถึงความรู้สึกทั้งความทุกข์ความเจ็บปวดของผู้อื่น พยาบาลแสดงพฤติกรรมในการดูแลความเห็นอกเห็นใจ ตระหนักถึงความต้องการทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว (วราภรณ์และสุลีพร, 2556; Roach, 2002) นอกจากการดูแลพยาบาลสามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจด้วยการตระหนักถึงความสูญเสียของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิต และแสดงความรู้สึกที่บ่งบอกถึงความเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความกลัวและความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (Roach, 2002)

จากการศึกษาของลอนดอนและรันด์สเต็ดท์ (London, & Lundstedt, 2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวที่พูดถึงพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ทางด้านบวก โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับความรักความสะดวสบาย เช่น สถานที่ อาหารและเครื่องดื่มน้ำ ได้รับการดูแลตลอดเวลา พยาบาลให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความวิตกกังวล โดยใช้คำพูดปลอบโยน ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และมีความอ่อนโยน และเอาใจใส่ในการดูแลความสุขสบายในช่วงสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต จากการศึกษาของพรหมพาหุล, นิลมานัต, และคงสุวรรณ (Prompahakul, Nilmanat, & Kongsuwan, 2011a) ศึกษาาระดับของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่ศึกษาใน

พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-35 ปี ซึ่งพบว่า ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถยา (2547) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ ซึ่งศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-31 ปี พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของอารีญา (2551) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับมาก

2. ความสามารถ (competence) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกที่สะท้อนถึงการมีความรู้และทักษะ การตัดสินใจ ประสบการณ์ และแรงจูงใจที่จะตอบสนองต่อความต้องการของคนอื่น ๆ อย่างมีอาชีพ (วราภรณ์และชุลีพร, 2556; Roach, 2002) โดยที่พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ และควรมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นอกจากนี้การรักษาและการจัดการกับอาการในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการใช้ทักษะในการสื่อสาร จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลของพยาบาล (Roach, 2002)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความสามารถในการปลอบใจ การจัดการความปวด การบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Boroujeni, Mohammadi, Oskouie, & Sandberg, 2008) และจากการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) พบว่า ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง แต่จากการศึกษาของอรรถยา (2547) พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา (2551) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาอยู่ในระดับมาก ซึ่งการศึกษาที่กล่าวมาเป็นการศึกษาในพยาบาลที่ทำงานมานาน 1-35, 1-31, และไม่ต่ำกว่า 2 ปี ตามลำดับ

3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปฏิบัติการดูแล เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการดูแลเกิดความไว้วางใจ (วราภรณ์และชุลีพร, 2556; Roach, 2002) พยาบาลสามารถแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่น โดยการช่วยเหลือให้เกิดความสะดวกสบาย เช่น การให้ข้อมูลที่ดีและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความศรัทธาความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นในตัวพยาบาลมากขึ้น (Roach, 2002)

จากการศึกษาที่พยาบาลแสดงพฤติกรรมให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในตนเอง โดยพบว่า พยาบาลพยายามจะสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการให้ข้อมูล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวผู้ป่วย (Boroujeni et al., 2008) ซึ่งจากการศึกษาของพรหมพาหกุล

และคณะ (Prompahakul et al., 2011a) พบว่า ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรรธยา (2547) และอารีญา (2551) โดยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความเชื่อมั่นไว้วางใจอยู่ในระดับสูง

4. ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (conscience) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณธรรมจริยธรรมและความรู้สึกของบุคคล ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง เป็นมโนธรรม คุณธรรมขึ้นจากการตัดสินใจทางจริยธรรมและทางกฎหมาย การรับรู้ของความรับผิดชอบส่วนบุคคล ซึ่งการมีศีลธรรมทำให้เรามีคุณค่าเป็นมืออาชีพ สะท้อนในจิตสำนึกและเป็นที่เข้าใจ รวมถึงจริยธรรมคุณธรรมและบรรทัดฐานของชีวิต เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล โดยต้องมีการคำนึงถึงหลักความปลอดภัย (วราภรณ์และชุลีพร, 2556; Roach, 2002)

จากการศึกษาในพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกผิดชอบชั่วดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบเพียงการศึกษาเดียวของพรหมพาหุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) โดยได้ศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-35 ปี ซึ่งพบว่า ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอยู่ในระดับสูง และในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลสามารถทำหน้าที่ในการสนับสนุนการทำหน้าที่แทน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิในสิ่งที่ควรจะได้ (Thacker, 2008)

5. ความมุ่งมั่นที่จะทำ (Commitment) โดยเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีความมุ่งมั่นที่จะตอบสนองความต้องการ ซึ่งกระทำด้วยความปรารถนาดีและตามภาระหน้าที่ (วราภรณ์และชุลีพร, 2556; Roach, 2002) โดยมีความกระตือรือร้น และมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล นอกจากนี้สามารถแสดงความมุ่งมั่นโดยตระหนักถึงความสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลมุ่งมั่นที่จะตอบสนองความต้องการของพวกเขาจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต พยาบาลควรจะอยู่ในทุกช่วงระยะเวลาและสามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น พยาบาลสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับหน้าที่ของพวกเขา เพื่อให้พวกเขาทราบถึงสิ่งที่พยาบาลต้องการจะทำ และสิ่งที่พยาบาลควรจะทำยังสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของพยาบาล และมีความรับผิดชอบต่อภาระการกระทำของตนเอง (Roach, 2002)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความมุ่งมั่นที่จะทำ พบว่า พยาบาลจะมีความตระหนักถึงความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวยอมรับถึงการเจ็บป่วยและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น มีความไวต่อการตอบสนองกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เช่น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่จะเป็นการเตรียมความพร้อมในการปลอบใจเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต (Boroujeni et al., 2008) จากการศึกษาของพรหมพาหุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) พบว่า ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่จะทำการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรรธยา (2547) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ด้านมุ่งมั่นที่จะให้การช่วยเหลือ เพื่อ

ตอบสนองความต้องการผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง และการศึกษาของอารีญา (2551) ก็พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านมุงมั่นที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

6. ความประพฤติ (Comportment) เป็นพฤติกรรมที่จะแสดงออกถึงความเหมาะสม จากลักษณะการแต่งกาย และภาษาของพยาบาลที่ใช้ในการสื่อสาร จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเคารพ (Roach, 2002) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจในการดูแล (วราภรณ์และชลีพร, 2556) รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสมยังถือเป็นการเคารพผู้ป่วยและครอบครัว (Roach, 2002)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความประพฤติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลจะใช้คำพูดที่ระมัดระวังในขณะสื่อสารหรือให้ข้อมูลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และบางครั้งพฤติกรรมที่แสดงออกมา อาจทำได้ไม่เต็มที่ทั้งหมด เช่น การบอกข่าวร้ายหรือสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้น (Boroujeni et al., 2008) และจากการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) ที่ได้ศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-35 ปี พบว่า ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความประพฤติอยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดการดูแลของโรช (Roach, 2002) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่อง Nurses' Caring Behavior for Dying Patients in Southern Thailand ของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011)

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Waston)

วัตสัน (Waston, 1979) ได้สร้างทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล ซึ่งได้แบ่งปัจจัยการดูแลแบบเอื้ออาทร 10 ประการ ประกอบด้วย สร้างค่านิยม มีเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ สร้างความศรัทธาและความหวัง มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจซึ่งกันและกัน การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนปกป้องและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล และเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างค่านิยม มีเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยอมรับการตอบสนองต่อความตายที่แตกต่างกันของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลอย่างอ่อนโยน ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือหรืออยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้ง ตอบสนองตามการร้องขอความช่วยเหลือของผู้ป่วยทันที (Waston, 1979)

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยกริยาทำที่ที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ต้องประเมินสิ่งที่เป็นความศรัทธาและความหวังของผู้ป่วยเสมอ เพราะศรัทธาและความหวังไม่เคยสิ้นสุดถึงแม้จะหมดหวังแล้วก็ตาม เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้เหมาะสม และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย พยายามสร้างความหวังกับผู้ป่วยเสมอเฉพาะในสิ่งที่เป็นจริงและเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อของเขาร่วมกับวิธีของทีมสุขภาพ (Waston, 1979)

3. มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น พยาบาลรับรู้ความรู้สึกของตัวเองและตื่นตัวอยู่เสมอ สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย และหาทางแก้ไขโดยไม่แสดงอารมณ์ตนเองเข้าร่วมที่จะทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวัง เศร้าใจ และเบื่อหน่าย (Waston, 1979)

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจซึ่งกันและกัน พยาบาลมีการสื่อสารที่ดี แนะนำตนเองและเสนอตัว เพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่เป็จริงในช่วงเวลาที่เหมาะสม เข้าใจความรู้สึกผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และแสดงท่าทีเป็นมิตร (Waston, 1979)

5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ พยาบาลยอมรับพฤติกรรมหรือการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยที่ก้าวร้าว และไม่ตัดสินความผิดถูก แต่พูดสะท้อนความรู้สึกของเขา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวน และเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น (Waston, 1979)

6. ใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ มีการนำวิธีการทางด้านวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบและต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินปัญหา การรวบรวมข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ (Waston, 1979)

7. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งพยาบาลต้องมีบทบาททั้งเป็นผู้เรียนและผู้สอน โดยเรียนรู้จากผู้ป่วยและพยาบาลจะสามารถทราบว่าผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเท่าใด และเวลาใดเหมาะสม เพื่อลดพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะแสดงออกต่อความตาย (Waston, 1979)

8. สนับสนุน ปกป้องและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก จัดการความไม่สุขสบาย ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ป้องกันและกำจัดสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า (Waston, 1979)

9. ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล โดยการตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพ ด้านจิต-สรีระ ด้านจิตสังคม ทั้งภายในบุคคลและระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสมหวังและความผาสุก (Waston, 1979)

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบคุณค่า ประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาหรือสิ่งที่ดีต่อชีวิต นำผู้ป่วยให้ค้นพบสิ่งที่เป็นพลังจิตวิญญาณของตนที่จะทำให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า (Waston, 1979)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson, 1979) ซึ่งนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาจำนวน 3 เรื่อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ เรื่อง The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives ของโอคอนเนลล์และแลนด์ส (O'Connell & Landers, 2008) เรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ ของอรรถยา (2547) และในเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ ของอารีญา (2551)

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson) กับกรอบแนวคิดการดูแลของโรช (Roach) มีเนื้อหาคล้ายคลึงกัน ตั้งแต่การรับรู้ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ความเห็นอกเห็นใจ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลยึดหลักจริยธรรม การมีศีลธรรม สร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่น รวมถึงการค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อสร้างเสริมพลังศรัทธาเกิดจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งให้ต่อสู้กับความเจ็บป่วย ซึ่งทั้ง 2 แนวคิด/ทฤษฎี มีรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงมีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร ของโรช (Roach) นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ให้การดูแลแบบองค์รวม มีความทันสมัยกว่าทฤษฎีของวัตสัน (Waston) มีการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจากทั้ง 2 แนวคิด/ทฤษฎี แต่เครื่องมือที่สร้างจากกรอบแนวคิดของโรช (Roach) มีข้อคำถามเหมาะสม คือ 40 ข้อคำถาม ส่วนของวัตสัน (Waston) มีข้อคำถามถึง 65 ข้อคำถาม ประกอบกับเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของโรช (Roach) ได้เคยนำมาใช้ในการวัดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล สามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยภายในบุคคล และด้านปัจจัยภายนอกบุคคล มีรายละเอียดดังนี้

ด้านปัจจัยภายในบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านปัจจัยภายในบุคคล สามารถแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านอายุ ปัจจัยทางด้านประสบการณ์ในการทำงานและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาและการศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยทางด้านการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านอายุ จากการศึกษานี้ของอรรถยา (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ พบว่า พยาบาลที่มีอายุ 40-60 ปี (ค่าเฉลี่ย 141.43) มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมดีกว่าพยาบาลที่มีอายุ 20-39 ปี (ค่าเฉลี่ย 138.46) เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นบุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ของชีวิต และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรลล์, เวอร์รานี, เกรนท์, คอยเน, และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่า สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของทองทิพย์ (2551) ได้ศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และการศึกษาของอารีญา (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย

2. ปัจจัยทางด้านประสบการณ์ในการทำงานและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด จากการศึกษานี้ของอรรถยา (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานทางด้านการพยาบาลมากมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางด้านการพยาบาลน้อย เนื่องจากประสบการณ์จะทำให้เกิดการเรียนรู้ เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์มากก็จะทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับ

การศึกษาของเฟอร์เรลล์, เวอร์านี, เกรนท์, คอยเน, และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) โดยพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อยกว่า และจากการศึกษาของอารีญา (2552) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลมาก มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลน้อย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และจากการศึกษาของอรพรรณ (2551) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

3. ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาและการศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษากของอารีญา (2552) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาล ในขณะที่การศึกษาของอรธยา (2547) พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและปริญญาตรีหรือเทียบเท่า เนื่องจาก การศึกษาสอนคนให้รู้จักคิด สามารถวิเคราะห์ และปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011b) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การเรียนรู้เป็นวิธีที่จะได้รับความรู้มากขึ้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะเพิ่มความสามารถในการทำงานอย่างเป็นระบบและทักษะการคิดในการค้นหาความรู้ใหม่มากขึ้นกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และการศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังพบว่า การศึกษาหลักสูตรเฉพาะการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลให้ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรลล์, เวอร์านี, เกรนท์, คอยเน, และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ที่พบว่า พยาบาล ร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่า พยาบาลร้อยละ 28 ที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้การศึกษาของเคิร์ชฮอฟฟ์และเบคสแตรนด์ (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) พบว่า พยาบาลพร้อมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างยังได้แสดงความคิดเห็นว่า ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทุกคน โดยไม่เน้นเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤต

4. ปัจจัยทางด้านทัศนคติ ซึ่งเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ การตระหนักและรับรู้ความรู้สึกในตนเองของพยาบาล ที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะให้การดูแล และจากการศึกษาของชนิดฐาและคณะ (2554) โดยได้ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของโกคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาลร้อยละ 94.4 มีทัศนคติที่ดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และยังพบว่าทัศนคติกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .397, p < .01$) ส่วนการศึกษาของสุภาพร (2537) ได้ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีคะแนนความตระหนักในตนเองค่อนข้างต่ำทางด้านสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างต่ำทางด้านสูง และความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหุล (Promphakul, 2011) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตระหนักในตนเองของพยาบาล ($r = .37, p = .001$) และจากการศึกษาของอารีญา (2552) พบว่า พยาบาลมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ด้านปัจจัยภายนอกบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านปัจจัยภายนอกบุคคล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านลักษณะการทำงานของทีม สุขภาพ ปัจจัยทางด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และปัจจัยทางด้านลักษณะหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านลักษณะการทำงานของทีมสุขภาพ พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของแพทย์และพยาบาลมีส่วนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับความตายของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (อรพรรณและคณะ, 2554) โดยการดูแลแบบแยกส่วนที่ผู้ให้การดูแลไม่สื่อสารกัน ต่างฝ่ายต่างให้การดูแลไม่มีโอกาสได้พบกัน ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอหรือให้ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ไม่มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ป่วยเกิดความเครียด ไม่พอใจ ขาดความเข้าใจ ขาดความเชื่อถือไว้วางใจ ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายของการดูแล และเกิดความการขัดแย้งกันของผู้ปฏิบัติงาน (Boyle, Miller, & Forbes-Thompson, 2005)

2. ปัจจัยทางด้านการนโยบายและการบริหารจัดการ ซึ่งพบว่า นโยบายและการบริหารจัดการ ทั้งในระดับหอผู้ป่วยและระดับองค์กร เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลไอซียูมีการพัฒนาตนเองให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังพบอีกว่า ภาระงานที่มากเกินไปรวมทั้งความเร่งรีบของงานและคำสั่งการรักษา ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถบริหารเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (อรพรรณและคณะ, 2554)

3. ปัจจัยทางด้านลักษณะหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม (ค่าเฉลี่ย 138.92) โดยคิดว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป (ค่าเฉลี่ย 138.63) เล็กน้อย เนื่องจากแต่ละหอผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน มีลักษณะอาการผู้ป่วยที่แตกต่างกันและลักษณะงานที่แตกต่างกัน เครื่องมือและอุปกรณ์แตกต่างกัน รวมถึงความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย (อรรธยา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา (2552) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้สูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยสามัญกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยไอซียู ผลที่เกิดขึ้นอาจเป็นไปได้ว่าภาระงานในหอผู้ป่วยสามัญกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู และหอผู้ป่วยสามัญมีมาก และจากการศึกษาของเฟอร์เรลล์, เวอร์รานี, เกรนท์, คอยเน, และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ยังพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป

เครื่องมือวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

ปัจจุบันเครื่องมือวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลมีหลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่จะสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล คือ แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลของโครนินและฮาร์ริสัน (Cronin & Harrison) แบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของโรช (Roach) โดยพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของโวลฟ์ (Wolf) ซึ่งพบว่า มีแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลของโครนินและฮาร์ริสัน (Cronin & Harrison) และแบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ที่มีการนำมาใช้วัดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมกรดูแล (Caring Behavior Assessment [CBA]) ของโครนินและฮาร์ริสัน (Cronin & Harrison, 1998) โดยได้อาศัยกรอบทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 65 ข้อ เป็นคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยอาศัยปัจจัยการดูแลของวัตสัน 10 ประการ ได้แก่ การสร้างค่านิยม มีเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ (ข้อ 1-5) การสร้างความศรัทธาและความหวัง (ข้อ 6-10) การมีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (ข้อ 11-15) การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจซึ่งกันและกัน (ข้อ 16-24) การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ (ข้อ 25-29) การใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ (ข้อ 30-37) การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้ (ข้อ 38-42) การสนับสนุนปกป้องและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทาง (ข้อ 43-48) การให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (ข้อ 49-59) และการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ (ข้อ 60-65) โดยคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งบ่งบอกถึงความมากน้อยในการกระทำ คะแนน 0 คือ ไม่เคย และคะแนน 3 เป็นประจำ และนำคะแนนที่ตอบไปรวมกันแต่ละข้อหารด้วย 65 จะได้ระดับของพฤติกรรมกรดูแล ถ้าได้คะแนน 1.5-3.0 แสดงว่ามีคะแนนพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างมาทางด้านสูง และถ้าคะแนน 0.0-1.49 แสดงว่ามีคะแนนพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างมาทางด้านต่ำ (Cronin & Harrison, 1998) หากความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 (สุภาพร, 2537)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินพฤติกรรมกรดูแล (CBA) ของโครนินและฮาร์ริสัน (Cronin & Harrison, 1998) มาใช้ในการวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ เรื่องพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยหนักตามการรับรู้ของพยาบาลและญาติ (The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives) ของโอคอนเนลล์และแลนด์ส (O'Connell & Landers, 2008) เรื่องพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ ของอรรถยา (2547) เรื่องพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่ ของอารีญา (2551) และเรื่องศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของสุภาพร (2537) ผู้วิจัยไม่เลือกเครื่องมือนี้ เนื่องจากสร้างขึ้นจากกรอบทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ซึ่งไม่ตรงกับกรอบแนวคิดการศึกษานี้ และมีการสร้างขึ้นมานานมากกว่า 10 ปี ตั้งแต่ปี 1998

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Nurse's Caring Behaviors for Dying Patients Questionnaire [NCBDPQ]) สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี (Six Cs) ของโรช (Roach) โดยพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) มีคำถามทั้งหมด 40 ข้อ โดยคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งจะบ่งบอกถึงความมากน้อยในการกระทำ คะแนน 0 คือ ไม่เคยกระทำ และคะแนน 3 กระทำเป็นประจำ และนำคะแนนที่ตอบไปรวมกันแต่ละข้อ

หารด้วย 40 จะได้ระดับของพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ 0.0-1.00 จะอยู่ในระดับต่ำ 1.01-2.00 อยู่ในระดับปานกลาง และ 2.01-3.00 อยู่ในระดับสูง โดย 40 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้านการดูแล ได้แก่ ความเห็นใจ (Compassion) (ข้อ 1-7) ความสามารถ (Competence) (ข้อ 8-17) ความไว้วางใจ (Confidence) (ข้อ 18-22) ความรู้สึก ผิดชอบชั่วดี (Conscience) (ข้อ 23-28) ความรับผิดชอบ (Commitment) (ข้อ 29-35) ความประพฤติ (Comportment) (ข้อ 36-40) ซึ่งหาความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 (Prompahakul, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีผู้นำมาใช้ 1 เรื่อง ได้แก่ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักในตนเองและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย (Factors Relating to Nurses' Caring Behavior for Dying Patients in Southern Thailand) ของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกที่จะใช้แบบสอบถามดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของโรช (Raorch, 2002) ใช้กับพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย ตรงตามกรอบแนวคิดและประชากรกลุ่มเป้าหมายการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามสร้างขึ้นในปี 2011 มีความทันสมัย ผ่านการหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสมครอบคลุมการดูแลตามแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ชี และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จริงจากการวิจัยที่ผ่านมา

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย (Caring Behavior Inventory [CBI]) ของโวลฟ์ (Wolf, 1994) มีข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ และได้มีการปรับปรุงแก้ไขเหลือ 42 ข้อ คำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ หาความเชื่อมั่นโดยได้นำไปทดสอบใช้กับพยาบาล 278 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 (Wolf, Giardino, Osborne, & Ambrose, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย (CBI) ของโวลฟ์ (Wolf, 1994) มีผู้นำมาใช้ในต่างประเทศ 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง Caring Behavior as Perceived by Nurse Practitioners ของกรีน (Green, 2004) และเรื่อง Nurse Caring Behavior ของแทกิง (Tanking, 2010) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย (CBI) ของโวลฟ์ (Wolf, 1994) ยังไม่พบการนำมาใช้ในการสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงไม่เลือกที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นตามฐานประชากร ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถทำการรักษาให้หายได้ พยากรณ์โรคได้ว่าผู้ป่วยอาจมีชีวิตรอดอยู่ได้ประมาณ 1 ปี หรือน้อยกว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีการปรับเปลี่ยนการรักษา เป็นการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบครัวมองคร่อม จนถึงวาระสุดท้ายและหลังตาย ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความรู้ ทักษะ และแสดงพฤติกรรมขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีอาชีพและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้หลายสถาบันมีการเพิ่มจำนวนการเรียนและการฝึกปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขณะที่แต่ละโรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่จบใหม่ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ทั้งการปฐมนิเทศ การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน และการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สูงขึ้น โดยองค์ประกอบในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถสรุปเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ และด้านจริยธรรมและวิชาชีพ ซึ่งความรู้ที่สำคัญที่ควรมีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความรู้ทั่วไปและหลักจริยธรรม การจัดการกับอาการต่าง ๆ การจัดการความปวด การดูแลด้านจิตวิญญาณและจิตสังคม และการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ชี ของโรช (Roach) ซึ่งโรช (Roach) ได้เสนอกรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร ที่ประกอบไปด้วย ความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความมุ่งมั่นที่จะทำ และความประพฤติ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถแบ่งออกได้เป็น ด้านปัจจัยภายในบุคคลและด้านปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งด้านปัจจัยภายในบุคคล ประกอบไปด้วย ปัจจัยทางด้านอายุ ปัจจัยทางด้านประสบการณ์ในการทำงานและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาและการศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยทางด้านทัศนคติ ส่วนด้านปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบไปด้วย ปัจจัยทางด้านลักษณะการทำงานของทีมงานสุขภาพ ปัจจัยทางด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และปัจจัยทางด้านลักษณะหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ แต่จาก

ปัญหาปัจจุบันมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมาก ประกอบกับการขาดแคลนบุคลากร พยาบาล จบใหม่จึงได้รับมอบหมายให้ไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น ซึ่งเป็นผู้ที่อ่อนแอ ขาดทักษะและ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ที่มีความต้องการการดูแลสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป อาจทำให้พยาบาลจบใหม่ขาดความเชื่อมั่นใน ตนเอง และอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เชื่อมั่นและไม่ไว้วางใจที่จะให้พยาบาลจบใหม่ดูแลต่อไป ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม ความรู้และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเตรียมความพร้อม และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ให้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

สถานที่ทำการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลศูนย์ชิริระกูเกิด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ของประเทศไทย เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลที่มีพยาบาลจบใหม่เข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และเข้าทำงานในปี พ.ศ. 2556 มีอายุงานอยู่ในช่วง 6-12 เดือน ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลวชิระกูเกิด และปฏิบัติงานพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลและมีการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายบ่อย โอกาสที่พยาบาลจบใหม่จะได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสูง ซึ่งการศึกษานี้มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 147 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาปริญญาตรี และเข้าทำงานในปี พ.ศ. 2556 มีอายุงาน 6 เดือนถึง 12 เดือน
2. ปฏิบัติงานการพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้
3. มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ราย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลที่ต้องการศึกษา ซึ่งได้จำนวนประชากรทั้งหมด 232 ราย และได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของทามานะ (Yamane) (บุญใจ, 2553) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 ราย และเมื่อเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีพยาบาลจบใหม่ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 127 ราย ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกพยาบาลจบใหม่ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลต่าง ๆ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์

ชื่อโรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	
1. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	29
โรงพยาบาลศูนย์	
1. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	13
2. โรงพยาบาลหาดใหญ่	23
3. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	16
4. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	33
5. โรงพยาบาลตรัง	13
รวม	127

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมี 4 ตอน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวนชั่วโมงการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานศึกษา จำนวนชั่วโมงการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน สถาบันที่ศึกษาพยาบาลศาสตร์ และลักษณะสถาบันที่ศึกษาพยาบาลศาสตร์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เป็นคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบการเตรียมความพร้อม ทั้งในด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ และด้านจริยธรรมและวิชาชีพ โดยแยกตามแหล่งของการเตรียม คือ จากสถานศึกษาในขณะศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากสถานที่ทำงาน คือ โรงพยาบาลที่เข้าทำงานพยาบาล และจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการสอบถามถึงการได้รับหรือเคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบไปด้วย 24 คำถาม โดยแบ่งออกดังนี้ (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

1. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ (ข้อ 1-16)
2. การเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ (ข้อ 17-20)
3. การเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพ (ข้อ 21-24)

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ คือ

ไม่มี หมายถึง ท่านไม่เคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 น้อย หมายถึง ท่านได้รับ/เคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับ/เคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปานกลาง
 มาก หมายถึง ท่านได้รับ/เคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคำถาม ดังนี้

ถ้าเลือกตอบ	ไม่มี	ได้คะแนน	0	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	น้อย	ได้คะแนน	1	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	ปานกลาง	ได้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	มาก	ได้คะแนน	3	คะแนน

ดังนั้นคะแนนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 72 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนเฉลี่ยในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และได้ทำคะแนนที่ได้เป็นร้อยละ เพื่อใช้ในการแปลผลระดับการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผล โดยแบ่งระดับคะแนนร้อยละเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ออกเป็น 4 ระดับ การจัดอันดับอิงเกณฑ์คำนวณหาอันดับจากชั้น จำนวนได้จากสูตร (ชูศรี, 2546)

$$\text{อันดับจากชั้น} = \frac{\text{คะแนนร้อยละสูงสุด} - \text{คะแนนร้อยละต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$

$$\text{ดังนั้น อันดับจากชั้น} = (100-0) / 4$$

$$\text{อันดับจากชั้น} = 25$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คะแนนน้อยมาก (ร้อยละ 0-25.00 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับน้อยมาก
คะแนนน้อย (ร้อยละ 25.01-50.00 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับน้อย
คะแนนปานกลาง (ร้อยละ 50.01-75.00 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนมาก (ร้อยละ 75.01-100 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้ในการวัดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยมนัสสิลาปกอร์ (Manosilapakorn, 2003) เคยนำไปใช้กับงานวิจัยมาก่อนแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ด้าน ดังนี้ (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

1. ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 1-5)
2. การจัดการกับความปวด (ข้อ 6-10)
3. การจัดการกับอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 11-15)

4. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ข้อ 16-17)

5. ข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก (ข้อ 18-20)

การตอบแบบประเมินความรู้ให้เลือกข้อคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว จากข้อคำตอบให้เลือกทั้งหมด 4 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนเฉลี่ยในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และได้ทำคะแนนที่ได้เป็นร้อยละ เพื่อใช้ในการแปลผลระดับความรู้ โดยแบ่งระดับคะแนนร้อยละเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ออกเป็น 4 ระดับ โดยการจัดอันดับอิงเกณฑ์คำนวณหาอันตรภาคชั้น คำนวณได้จากสูตร (ชูศรี, 2546)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนร้อยละสูงสุด} - \text{คะแนนร้อยละต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$

$$\text{ดังนั้น อันตรภาคชั้น} = (100-0) / 4$$

$$\text{อันตรภาคชั้น} = 25$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คะแนนน้อยมาก (ร้อยละ 0-25.00)	หมายถึง	ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับน้อยมาก
คะแนนน้อย (ร้อยละ 25.01-50.00)	หมายถึง	ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับน้อย
คะแนนปานกลาง (ร้อยละ 50.01-75.00)	หมายถึง	ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนมาก (ร้อยละ 75.01-100)	หมายถึง	ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 40 ข้อ เป็นคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งคำถามด้านลบมีข้อ 5, 15, 26, 30, และ 34 ข้อที่เหลือเป็นด้านบวก โดยอาศัยปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทรของโรช (Roach) 6 ประการ ได้แก่

1. ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) (ข้อ 1-7)
2. ความสามารถ (Competence) (ข้อ 8-17)
3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Confidence) (ข้อ 18-22)
4. ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (Conscience) (ข้อ 23-28)
5. ความมุ่งมั่นที่จะทำ (Commitment) (ข้อ 29-35)
6. ความประพฤติ (Comportment) (ข้อ 36-40)

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย
ไม่บ่อย	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบ่อย แต่ไม่ทุกครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นทุกครั้ง

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคำถามด้านบวก ดังนี้

ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคย	ได้คะแนน	0	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บางครั้ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บ่อยครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	เป็นประจำ	ได้คะแนน	3	คะแนน

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคำถามด้านลบ ดังนี้

ถ้าเลือกตอบ	ไม่เคย	ได้คะแนน	3	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บางครั้ง	ได้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บ่อยครั้ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	เป็นประจำ	ได้คะแนน	0	คะแนน

ดังนั้นคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 120 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่ได้จะนำไปหาความสัมพันธ์ และกำหนดเกณฑ์โดยนำคะแนนทั้งหมดที่ได้รวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด เพื่อกำหนดระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนตามมาตราวัด ดังนี้ (Prompahakul, 2011)

คะแนนต่ำ (ช่วง 0-1.00)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนปานกลาง (ช่วง 1.01-2.00)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนสูง (ช่วง 2.01-3.00)	หมายถึง	พยาบาลจบใหม่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน เพื่อประเมินความตรงด้านเนื้อหาของข้อคำถามในแต่ละข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านแสดงความคิดเห็นโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) เห็นด้วย (3) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) ตามประเด็นที่แจ้ง หลังจากนั้นจึงนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามของเครื่องมือทั้งหมด (Scale-level CVI average [S-CVI/Ave]) ยอมรับได้คือ $\geq .90$ (Polit & Beck, 2012) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามจาก 20 ข้อ เป็น 24 ข้อ ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แก้ไขเพิ่มเติมข้อคำถามและเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ปรับปรุงแก้ไขผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลในโรงพยาบาลชุมพร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .90 ตามลำดับ และแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .25 ซึ่งมีข้อจำกัดในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเดิมซ้ำ โดยมีช่วงเวลาห่างจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก 2 สัปดาห์ และทดสอบค่าความเที่ยงใหม่โดยใช้สูตร test-retest ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนของการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี รับรองจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และอนุญาตทดสอบเครื่องมือวิจัยกับพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลชุมพร ใน

แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษา

1.2 ทำหนังสือติดต่อเพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูล

1.3 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนหอผู้ป่วย และจำนวนรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่เข้าทำงานในปี พ.ศ. 2556

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามถึงหัวหน้าพยาบาลหรือผู้ประสานงานประจำหอผู้ป่วย ตามรายชื่อพยาบาลจบใหม่ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้พยาบาลจบใหม่ทราบว่ามิสิทธิที่จะปฏิเสธการวิจัยได้ตลอดเวลา และอธิบายรายละเอียดคำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ และส่งแบบสอบถามกลับคืนที่หัวหน้าพยาบาลหรือผู้ประสานงานประจำหอผู้ป่วย

2.3 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่างกับหัวหน้าพยาบาลหรือผู้ประสานงานประจำหอผู้ป่วย ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 127 ชุด และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 112 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.18

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และวิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัคร

ใจ มีสิทธิที่จะตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลหรือคำตอบที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยปกปิดแหล่งข้อมูลโดยเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ค่าร้อยละเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ และระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้กับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อ 4-5 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการใช้สถิติก่อน (แสดงไว้ในภาคผนวก ง)

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งกำหนดค่า r ดังนี้ (Polit & Beck, 2012)

$r = 1.00$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r < .30$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อายุงาน 6 เดือน ถึง 12 เดือน มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ของประเทศไทยจำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทยจำนวน 1 แห่ง ทั้งหมดรวม 6 แห่ง ซึ่งการศึกษานี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.18

ผลการวิจัย

เสนอผลการวิจัยเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 112 ราย การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก ง) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการจำแนกลักษณะข้อมูลทั่วไป ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (N=112)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	104	92.9
ชาย	8	7.1
อายุ (ปี)		
22	12	10.7
23	62	55.4
24	36	32.1
25	2	1.8
สถานภาพ		
โสด	108	96.4
คู่	4	3.6
ศาสนา		
พุทธ	91	81.2
อิสลาม	20	17.9
คริสต์	1	0.9
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาล (เดือน)		
6 - 7	6	5.3
8 - 9	31	27.7
10 – 11	75	67.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ราย) ($M = 5.60, S.D. = 3.90$)		
1 – 5	77	68.8
6 – 10	31	27.7
> 10	4	3.5
เรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ชั่วโมง) ($M = 4.00, S.D. = 2.40$)		
ไม่เคย	6	5.3
1 – 2	16	14.3
3 – 4	52	46.4
5 – 6	19	17.0
7 – 8	2	1.8
9 – 16	6	5.4
ไม่ระบุจำนวนชั่วโมง	11	9.8
การอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ชั่วโมง)		
ไม่เคย	100	89.3
1 – 5	10	8.9
6 – 10	1	0.9
ไม่ระบุจำนวนชั่วโมง	1	0.9
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	39	34.8
หอผู้ป่วยหนัก	33	29.5
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	28	25.0
แผนกฉุกเฉิน	12	10.7
สถาบันที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล		
วิทยาลัยพยาบาล	58	51.8
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย	54	48.2
ลักษณะสถาบันที่ศึกษาพยาบาล		
รัฐบาล	110	98.2
เอกชน	2	1.8

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 92.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 22-25 ปี โดยอายุ 23 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.4 อยู่ในสถานภาพโสด ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 81.2 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 17.9 ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 10-11 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 1-5 รายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.8 ($M = 5.60, S.D. = 3.90$) เคยเรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 3-4 ชั่วโมงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.4 ($M = 4.00, S.D. = 2.40$) ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 89.3 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.8 โดยสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 48.2 และ 51.8 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นสถาบันของรัฐบาลคิดเป็นร้อยละ 98.2

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากคำถามการวิจัยการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับใด ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ภาพรวม จำแนกโดยรวมและรายด้านของการเตรียมความพร้อม ดังแสดงในตาราง 3 และผลการศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแหล่งของการเตรียมความพร้อม จำแนกโดยรวมและรายด้านของการเตรียมความพร้อม ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 3

ค่าคะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด ค่าคะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาพรวม จำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N=112$)

การเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	คะแนนการเตรียมความพร้อมภาพรวม			
	Min-Max	M	$S.D.$	ระดับ
โดยรวม	44.44-100	74.34	11.49	ปานกลาง
รายด้าน				
1. ด้านความรู้และทักษะ	33.33-100	71.41	12.80	ปานกลาง
2. ด้านทัศนคติ	50-100	75.37	12.57	มาก
3. ด้านจริยธรรมและวิชาชีพ	41.67-100	85.04	14.54	มาก

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.34$, $S.D. = 11.49$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและเรียงลำดับคะแนนร้อยละเฉลี่ยของแต่ละด้านจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านจริยธรรมและวิชาชีพมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับมาก ($M = 85.04$, $S.D. = 14.54$) รองลงมา คือ ด้านทัศนคติและอยู่ในระดับมาก ($M = 75.37$, $S.D. = 12.57$) ด้านความรู้และทักษะมีคะแนนน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 71.41$, $S.D. = 12.80$)

ตาราง 4

ค่าคะแนนร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแหล่งการเตรียมความพร้อม จำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N=112$)

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แหล่งการเตรียมความพร้อม								
	จากสถานศึกษา			จากสถานที่ทำงาน			จากการค้นคว้าด้วยตนเอง		
	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ
โดยรวม	79.53	11.50	มาก	76.97	12.16	มาก	67.72	13.31	ปานกลาง
รายด้าน									
1. ด้านความรู้และทักษะ	78.23	12.74	มาก	74.14	14.07	ปานกลาง	64.24	14.40	ปานกลาง
2. ด้านทัศนคติ	77.30	12.31	มาก	78.94	12.35	มาก	69.79	15.54	ปานกลาง
3. ด้านจริยธรรมและวิชาชีพ	86.97	14.22	มาก	86.30	13.73	มาก	79.53	16.81	มาก

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนร้อยละเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกด้านจากสถานศึกษามีคะแนนสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 79.53$, $S.D. = 11.50$) รองลงมา คือ จากสถานที่ทำงาน ($M = 76.97$, $S.D. = 12.16$) โดยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และจากการค้นคว้าด้วยตนเองมีคะแนนน้อยที่สุด ($M = 67.72$, $S.D. = 13.31$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกการเตรียมความพร้อมรายด้าน พบว่า ด้านความรู้และทักษะมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยจากแหล่งสถานศึกษาสูงสุดและอยู่ในระดับมาก ($M = 78.23$, $S.D. = 12.74$) รองลงมา คือ จากสถานที่ทำงาน ($M = 74.14$, $S.D. = 14.07$) และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง ($M = 64.24$, $S.D. = 14.40$) ซึ่งคะแนนอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 แหล่ง และพบว่า ด้านทัศนคติมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยจากแหล่งสถานศึกษาและสถานที่ทำงานใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับมาก ($M = 77.30$, $S.D. = 12.31$ และ $M =$

78.94, $S.D.$ = 12.35 ตามลำดับ) และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง มีคะแนนร้อยละเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (M = 69.79, $S.D.$ = 15.54) นอกจากนี้ พบว่า ด้านจริยธรรมและวิชาชีพ มีคะแนนร้อยละเฉลี่ยจากสถานศึกษาและสถานที่ทำงานใกล้เคียงกัน (M = 86.97, $S.D.$ = 14.22 และ M = 86.30, $S.D.$ = 13.73 ตามลำดับ) ส่วนจากการค้นคว้าด้วยตนเองมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยน้อยที่สุด (M = 79.53, $S.D.$ = 16.81) ซึ่งคะแนนของทั้ง 3 แหล่ง อยู่ในระดับมาก

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากคำถามการวิจัย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับใด ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดย มโนศิลาปกร (Manosilapakorn, 2003) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่จำแนกโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N=112$)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Min-Max	M	$S.D.$	ระดับ
โดยรวม	50-95	70.31	10.18	ปานกลาง
รายด้าน				
1. ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	20-100	85.00	15.53	มาก
2. การจัดการกับความปวด	20-100	66.25	20.45	ปานกลาง
3. การจัดการกับอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-100	49.29	21.46	น้อย
4. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	0-100	89.29	22.68	มาก
5. ข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก	33.33-100	75.00	21.69	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนร้อยละของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 70.31, $S.D.$ = 10.18) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละด้านความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูง

ที่สุดและอยู่ในระดับมาก ($M = 89.29$, $S.D. = 22.68$) รองลงมาเป็นด้านความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($M = 85.00$, $S.D. = 15.53$) ลำดับถัดมาเป็นด้านความรู้เกี่ยวกับข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก ($M = 75.00$, $S.D. = 21.69$) และด้านการจัดการกับความปวด ($M = 66.25$, $S.D. = 20.45$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับน้อย ($M = 49.29$, $S.D. = 21.46$)

พฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากคำถามการวิจัย พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับใด ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่จำแนกโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N=112$)

พฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทร แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Min-Max	M	$S.D.$	ระดับ
โดยรวม	1.03-2.40	1.84	.29	ปานกลาง
รายด้าน				
1. ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion)	1.14-2.71	1.95	.33	ปานกลาง
2. ความสามารถ (Competence)	.80-2.50	1.58	.36	ปานกลาง
3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Confidence)	.80-3.00	2.04	.48	สูง
4. ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (Conscience)	.83-2.83	2.04	.34	สูง
5. ความมุ่งมั่นที่จะทำ (Commitment)	.57-2.57	1.67	.35	ปานกลาง
6. ความประพฤติ (Comportment)	.80-3.00	2.00	.44	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.84, S.D. = .29$) ซึ่งเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดีและด้านความเชื่อมั่นในตนเองมีคะแนนสูงที่สุด และอยู่ในระดับสูง ($M = 2.04, S.D. = .34$ และ $M = 2.04, S.D. = .48$ ตามลำดับ) รองลงมา ได้แก่ ด้านความประพฤติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.00, S.D. = .44$) และด้านความเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.95, S.D. = .33$) และในด้านที่มีคะแนนน้อย 2 อันดับสุดท้ายซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ ($M = 1.67, S.D. = .35$) และในด้านความสามารถ ($M = 1.58, S.D. = .36$) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากคำถามการวิจัยการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมกับการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมกับความรู้ และความรู้กับการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ($N=112$)

ตัวแปร	1	2	3
1. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1	-.072	.381**
2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	-.072	1	-.032
3. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.381**	-.032	1

** = $P < .01$

จากตาราง 7 พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งการเตรียมความพร้อมกับการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรายด้านระหว่างการเตรียมความพร้อมกับการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ดังแสดงในตาราง 8 และ 9

ตาราง 8

ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งการเตรียมความพร้อม และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($N=112$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การเตรียมความพร้อมจากสถานศึกษา	1	.725**	.467**	.261**
2. การเตรียมความพร้อมจากสถานที่ทำงาน	.725**	1	.648**	.331**
3. การเตรียมความพร้อมจากการค้นคว้าด้วยตนเอง	.467**	.648**	1	.348**
4. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.261**	.331**	.348**	1

** = $P < .01$

จากตาราง 8 พบว่า การเตรียมความพร้อมจากทุกแหล่งมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการค้นคว้าด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงสุดที่สุด ($r = .348, p < .01$) รองลงมาเป็นการเตรียมความพร้อมจากสถานที่ทำงาน ($r = .331, p < .01$) ส่วนการเตรียมความพร้อมจากสถานศึกษามีความสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .261, p < .01$)

ตาราง 9

ความสัมพันธ์รายด้านระหว่างการเตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($N=112$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
การเตรียมความพร้อม									
1. ความรู้และทักษะ	1	.688**	.476**	.396**	.408**	.202*	.308**	.149	.235*
2. ทักษะ	.688**	1	.451**	.342**	.256**	.212*	.256**	.160	.168
3. จริยธรรมและวิชาชีพ	.476**	.451**	1	.252**	.210*	.178	.227*	.066	.253**
พฤติกรรมการดูแล									
4. ความเห็นอกเห็นใจ	.396**	.342**	.252**	1	.621**	.688**	.581**	.502**	.519**
5. ความสามารถ	.408**	.256**	.210*	.621**	1	.708**	.448**	.473**	.540**
6. ความเชื่อมั่นในตนเอง	.202*	.212*	.178	.688**	.708**	1	.500**	.470**	.540**
7. ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี	.308**	.256**	.227*	.581**	.448**	.500**	1	.524**	.441**
8. ความมุ่งมั่นที่จะทำ	.149	.160	.066	.502**	.473**	.470**	.524**	1	.562**
9. ความประพฤตินิย	.235*	.168	.253**	.519**	.540**	.540**	.441**	.562**	1
วิชาชีพ									

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

จากตาราง 9 พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ($r = .396, p < .01$) ด้านความสามารถ ($r = .408, p < .01$) ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ($r = .202, p < .05$) ด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ($r = .308, p < .01$) และด้านความประพฤตินิยวิชาชีพ ($r = .235, p < .05$) ยกเว้นด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ด้าน คือ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ($r = .342, p < .01$) ด้านความสามารถ ($r = .256, p < .01$) ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ($r = .212, p < .05$) และในด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ($r = .256, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ และด้านความประพฤติ

สำหรับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจริยธรรมและวิชาชีพพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ($r = .252, p < .01$) ด้านความสามารถ ($r = .210, p < .05$) ด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ($r = .227, p < .05$) และในด้านความประพฤติ ($r = .253, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับด้านความเชื่อมั่นในตนเอง และด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ

ทั้งนี้จากตาราง 9 ยังแสดงให้เห็นว่า ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกด้านกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ อย่างไรก็ตาม พบว่า ความมุ่งมั่นที่จะทำมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลด้านอื่น ๆ ทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ของประเทศไทย มีจำนวน 112 ราย และสำเร็จการศึกษาพยาบาลจากสถาบันมหาวิทยาลัยกับวิทยาลัยพยาบาลในจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 48.2 และ 51.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 1-5 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.8 และกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 3-4 ชั่วโมงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.4 ($M = 4.00, S.D. = 2.40$) ข้อมูลจำนวนชั่วโมงที่มีการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการศึกษารุ่นนี้ คือ จำนวนที่เรียนในห้องเรียนตลอดทั้งการศึกษาในช่วง 4 ปี โดยไม่รวมการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อ 10 ปีที่แล้วในปี พ.ศ. 2546 ได้สำรวจสถาบันศึกษาที่ผลิตพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีในประเทศไทย พบว่า ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มีระยะเวลาการเรียนการสอนเรื่องมรณศึกษาประมาณ 2.30-4 ชั่วโมง (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกาและราชอาณาจักรมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉลี่ย 7.8-12.2 ชั่วโมงต่อหลักสูตรการพยาบาลปริญญาตรี (Lloyd-Williams, & Field,

2002) และในประเทศออสเตรเลียมีการเรียนการสอน 5-10 ชั่วโมง (Johnson et al., 2009) แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับปริญญาตรีในประเทศไทยยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนจำนวนชั่วโมงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และจำนวนชั่วโมงยังคงน้อยกว่าอีกหลาย ๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างเห็นได้ชัด (Reinke, Shannon, Engelberg, Dotolo, Silvestri, & Curtis, 2010)

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่เข้าทำงานในโรงพยาบาลในภาคใต้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหกุล (Promphakul et al., 2011a) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย และเป็นกลุ่มพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 360 คน โดยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 59.5 ไม่เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน และจากการศึกษาของชนิดฐาและคณะ (2554) โดยได้ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 62.8 ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศเอธิโอเปียมีพยาบาลถึงร้อยละ 78.3 ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Kassa, Murugan, Zewdu, Hailu, & Woldeyohannes, 2014) แต่จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ศึกษาเกี่ยวกับทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 717 ราย จากหลายมลรัฐ กลับพบว่า มีพยาบาลถึงร้อยละ 78 ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง โดยพบพยาบาลร้อยละ 56.5 ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในระยะสุดท้าย (ELNEC) อาจเนื่องจากในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีหน่วยงานที่คอยให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง จึงสามารถจัดการอบรมและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มากกว่าหลายประเทศที่ยังเป็นประเทศที่ด้อยพัฒนา และประเทศที่กำลังพัฒนา

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละเฉลี่ย 74.34 โดยด้านความรู้และทักษะ ($M = 71.41$) มีการเตรียมความพร้อมน้อยกว่าด้านทัศนคติ ($M = 75.37$) และด้านจริยธรรมและวิชาชีพ ($M = 85.04$) อาจเป็นเพราะว่าจำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนของการดูแลในระยะสุดท้ายน้อยเกินไป คือ เฉลี่ย 4 ชั่วโมง

สำหรับคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพมีคะแนนสูงสุด อาจเป็นไปได้ว่า องค์ความรู้จริยธรรมและวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นองค์ความรู้ที่ไม่ได้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับจริยธรรมและวิชาชีพโดยทั่วไป ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมโดยจัดเป็นรายวิชาเฉพาะอยู่แล้ว ทุกสถาบันที่ผลิตพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับจริยธรรมและวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540 ได้กำหนดสมรรถนะที่ 1 ไว้ว่า พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง (เมธาวิทย์, 2555) รวมทั้งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้มีการกำหนดจรรยาบรรณพยาบาลไว้ด้วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2546) จึงอาจเป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด

ในส่วนของคะแนนทัศนคติ ซึ่งได้คะแนนร้อยละเฉลี่ย เท่ากับ 75.37 และถึงแม้ว่าจะอยู่ในระดับมากตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด (หน้า 56) แต่คะแนนมากกว่าด้านความรู้และทักษะเพียงเล็กน้อย และยังไม่ถึงร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามการศึกษาค้างนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบในการเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ แต่จากการทบทวน พบว่า การเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการให้ผู้เรียนสะท้อนความรู้สึก ความคิดของตนเองเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยปรับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีขึ้น (ปราโมทย์และทัศนีย์, 2546) ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปในการศึกษาค้างนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยเพียง 1-5 ราย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองเคยได้เรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 3-4 ชั่วโมง จึงอาจทำให้คะแนนการเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติกับด้านความรู้และทักษะใกล้เคียงกัน เนื่องจากการพัฒนาความรู้และทักษะจะมีการพัฒนาทัศนคติควบคู่ไปด้วยกัน และผลการศึกษาค้างนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี ซึ่งพบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับดี (ขนิษฐาและคณะ, 2554) แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าจะเป็นพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน มีแนวโน้มเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้น

การศึกษาค้างนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้คะแนนของการเตรียมความพร้อมโดยสถานศึกษามากที่สุด ($M = 79.53$) รองลงมา คือ สถานที่ทำงาน ($M = 76.97$) และจากการค้นคว้าด้วยตนเองน้อยที่สุด ($M = 67.72$) และเมื่อพิจารณาจากคะแนนการเตรียมความพร้อมของทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ ด้านจริยธรรมและวิชาชีพ ก็พบว่า เป็นไปในทำนองเดียวกัน คือ มีการเตรียมความพร้อมโดยสถานศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ สถานที่ทำงาน และการค้นคว้าด้วยตนเองน้อยที่สุด ทั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่งสำเร็จการศึกษาและมีอายุงานเฉลี่ย 9.62 เดือน การเตรียมความพร้อมจากสถานที่ทำงานอาจเน้นไปในเรื่องอื่นไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจาก

ข้อมูลทั่วไปชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 1-5 ราย ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลจบใหม่ สำหรับการเตรียมความพร้อมจากการค้นคว้าด้วยตนเองที่ให้คะแนนน้อยที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า พยาบาลจบใหม่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มากพอ หรืออาจเกิดจากปัญหาในปัจจุบันที่เด็กและเยาวชนไทยไม่สนใจที่จะศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง โดยในปี พ.ศ. 2554 ได้มีการสำรวจเด็กและเยาวชนไทยเกี่ยวกับการอ่านหนังสือ พบว่า เด็กเยาวชนไทยใช้เวลาในการอ่านหนังสือเฉลี่ยเพียง 39-43 นาทีต่อวัน (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2557) ประกอบกับปัญหาการขาดแหล่งของการค้นคว้า การขาดตำรา และการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีน้อย (Ferrell, Virani, Grant, & Juarez, 2000; Kwekkeboom et al., 2005) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งถือเป็นเยาวชนไทยมีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยไปด้วย และจากการศึกษาของคาร์เมอร์และคณะ (Cramer et al., 2003) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 30 ซึ่งมีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองน้อยเช่นเดียวกัน

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรก ที่ได้สำรวจการเตรียมความพร้อมของพยาบาลจบใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย และได้มีการสำรวจการเตรียมความพร้อมจากแหล่งต่าง ๆ ด้วย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาศึกษาการเตรียมความพร้อมภาพรวมที่ได้อยู่ในระดับปานกลางนั้น แสดงว่า พยาบาลจบใหม่จำเป็นต้องการการเตรียมความพร้อมมากขึ้น และจากการศึกษาของกิลแลนและคณะ (Gillan et al., 2013) ได้สำรวจหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ปีค.ศ. 1984-2012 ทั้งหมด 18 บทความ จากหลาย ๆ ประเทศ พบว่า ในหลักสูตรพยาบาลปริญาตรีมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ไขปัญหาการขาดการเตรียมความพร้อมมาโดยตลอดก็ตาม และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการรับรู้การเตรียมความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมืออาชีพในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 473 ราย พบว่า พยาบาลร้อยละ 84 ให้ความเห็นว่ามี การเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ (Todaro-Franceschi, 2013) อย่างไรก็ตามสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการสอนในรายวิชาปฏิบัติเพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การศึกษาคั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนนี้ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนร้อยละเฉลี่ย 70.31 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง เคยเรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 3-4 ชั่วโมง และพบกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 89.3 ไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีผลทำให้คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในประเทศไทยมีการสำรวจความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องหลายการศึกษา แต่สำรวจในพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจบใหม่ โดยพบรายงานแรกในปี พ.ศ. 2546 ของมโนศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) ได้สำรวจความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลทุกภาคของประเทศไทย พบว่า พยาบาลมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่ากับ 69.57 ซึ่งมีคะแนนร้อยละใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมา ที่พบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนร้อยละอยู่ในช่วง 61.77-73.15 (ชนิตฐาและคณะ, 2554; แพรพพรณ, 2551; Pokpalagon, 2005) ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาได้ให้เหตุผลว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยขาดความชัดเจนเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งมีจำนวนชั่วโมงในการเรียนน้อย จึงทำให้ผลการสำรวจความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจบใหม่มีความแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านมาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้ว กลับมีผลการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ทำให้มีผลต่อระดับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกเหนือจากการได้รับการอบรมทางด้านนี้หลังจากสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร

เมื่อพิจารณาผลการจำแนกความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความรู้ในระดับมาก คือ ด้านการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 89.29$) และด้านความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 85.00$) ด้านที่มีความรู้ในระดับปานกลาง คือ ด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก ($M = 75.00$) และด้านการจัดการกับความปวด ($M = 66.25$) ส่วนด้านที่มีความรู้ในระดับน้อย คือ ด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 49.29$) สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีคะแนนสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของมโนศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลทั้งประเทศไทย และใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แต่เก็บข้อมูลในพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเช่นเดียวกัน ($M = 86.80$) ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อคำถามเป็นการถามเกี่ยวกับการสื่อสารทั่วไปถึงการให้ข้อมูล และอุปสรรคในการสื่อสาร ซึ่งการศึกษานี้เลือกศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง ดังนั้นการสื่อสารถือเป็นความรู้พื้นฐานและเมื่อปฏิบัติงาน พยาบาลอาจบอกถึงอุปสรรคในการสื่อสารที่ตนเองพบเจอได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง

ด้านที่มีค่าคะแนนความรู้ในระดับสูงอีกด้าน คือ ด้านความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 85.00$) ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยเรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 94.6 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลรายละเอียดของหัวข้อย่อยต่าง ๆ ที่เรียน แต่อาจเป็นไปได้ว่าในการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ น่าจะมีการสอดแทรกเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมต่าง ๆ ในการเรียนการสอน รวมทั้งในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์จะมีการเรียนการสอนในรายวิชา กฎหมายและจริยศาสตร์ เช่น หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2555 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้มีการกำหนดหน่วยกิตวิชากฎหมายและจริยศาสตร์กับการพยาบาลไว้ที่ 2 หน่วยกิต (ระบบสารสนเทศด้านการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2557) และเป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของมโนศิลป์กร (Manosilapakorn, 2003) โดยพบว่า พยาบาลมีความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($M = 76.64$)

ด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก และด้านการจัดการกับความปวด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 75.00$ และ $M = 66.25$ ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามีการเรียนการสอนเกี่ยวกับหัวข้อทั้ง 2 นี้น้อยไปหรือไม่ครอบคลุม เพราะเมื่อพิจารณาจากจำนวนชั่วโมงของการเรียนการสอนซึ่งมีเพียง 3-4 ชั่วโมงทั้งหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก็อาจจะทำให้มีการกระจายของเนื้อหาในส่วนนี้น้อยไปได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าการพยาบาลเกี่ยวกับความปวดจะแยกเป็นหัวข้อสอนเฉพาะ แต่ในการจัดการกับความปวดในระยะสุดท้ายต้องการองค์ความรู้ที่เฉพาะมากขึ้น (กิตติกร, 2555) ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการเรียนการสอนอย่างเพียงพอและครอบคลุม นอกจากนี้การเตรียมพร้อมในทั้ง 2 หัวข้อนี้ จากสถานที่ทำงานก็อาจไม่เพียงพอหรือไม่มี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่ทำงานน้อย เพียงร้อยละ 9.8 และเรื่องเกี่ยวกับความตาย และภาวะเศร้าโศก อาจจะเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยวุฒิภาวะและประสบการณ์ที่มากพอในการทำ ความเข้าใจ ซึ่งบุคคลที่อยู่ในอาชีพนานกว่า สามารถที่จะวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาได้ดี มีความรู้ ความ

เข้าใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน อันเป็นสิ่งที่เกิดจากการสังสมประสบการณ์ในวิชาชีพมานาน และสามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (ทองทิพย์, 2551) จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลจบใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 23 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย เพียง 1-5 ราย มีคะแนนในหัวข้อนี้อยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของทั้ง 2 ด้านมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของมนโศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) ที่ได้ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2546 โดยพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศกมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยเท่ากับ 78.7 และในด้านการจัดการกับความปวดมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยเท่ากับ 51.86 โดยอาจเกิดจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาที่เกี่ยวกับข้อสรุปการตาย ภาวะเศร้าโศก และเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทำให้ความรู้ของพยาบาลยังไม่มีเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด

ส่วนด้านที่มีระดับคะแนนความรู้ต่ำ คือ ด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 49.29$) โดยจะเป็นความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางสรีรวิทยา และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการหายใจลำบาก สับสน คลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร และอาการท้องผูก สามารถอธิบายได้ว่า คะแนนในด้านนี้น้อยเกิดจากมีการเรียนการสอนที่ไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุมเนื้อหาของการจัดการอาการต่าง ๆ เนื่องจากมีจำนวนชั่วโมงเรียนที่น้อยไป และพยาบาลที่จบใหม่ไม่ได้รับการอบรมความรู้ด้านนี้เพิ่มเติมในขณะทำงาน ซึ่งค่าคะแนนร้อยละของการจัดการอาการต่าง ๆ ในการศึกษานี้มีค่าคะแนนใกล้เคียงกับการศึกษาของมนโศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) นั่นคือ พยาบาลที่มีอายุการทำงานมากกว่า 1 ปี มีคะแนนความรู้ด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 53.86 ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอายุการทำงานหรือประสบการณ์ในการทำงานอาจไม่สามารถเพิ่มความรู้ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (ชนิดฐานและคณะ, 2554; แพรพรรณ, 2551) ดังนั้นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นได้จากการเรียนการอบรมโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจะช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลให้ดีขึ้น

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลของโรช (Roach, 2002) ประกอบไปด้วย 6 คุณลักษณะ ได้แก่ การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความมุ่งมั่นที่จะทำ และความประพฤตินเชิงวิชาชีพในขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาคครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.84$) ซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างในครั้งนี้เป็นพยาบาลจบใหม่มีอายุงาน 6-11 เดือน อายุอยู่ในช่วง 22-25 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ 1-5 ราย ให้ผลแตกต่างจากการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) ซึ่งได้ศึกษาโดยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยกัน โดยศึกษาในพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 1 ปี อายุการทำงานเฉลี่ย 9.76 ปี มีอายุเฉลี่ย 34.36 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มากกว่า 15 ราย โดยพบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อายุของพยาบาล อายุการทำงานในวิชาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้พยาบาลจบใหม่มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของอารีญา (2552) ที่ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการดูแลของวัตสัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย และประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลน้อย ดังนั้นอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยด้านความเชื่อมั่นในตนเองและด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอยู่ในระดับสูงมีค่าคะแนนเท่ากัน ($M = 2.04$) และเป็นค่าคะแนนสูงที่สุดกว่าทุกด้าน ซึ่งด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณธรรมจริยธรรมและศีลธรรมของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง อะไรที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติจนทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Roach, 2002) ทั้งนี้ผลที่ได้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพอยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละเฉลี่ย 85.04 และมีคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดีมีคะแนนอยู่ในระดับสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) ที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 1 ปี พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอยู่ในระดับสูงและมีคะแนนสูงที่สุดเช่นเดียวกัน

ส่วนด้านความเชื่อมั่นในตนเองเป็นอีกด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ด้วยการกระทำที่ทำให้คนอื่นเห็นจากการช่วยเหลือ ให้ความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นที่จะให้เราเป็นผู้ดูแล (Roach, 2002) ทั้งนี้ผลที่ได้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจบใหม่ที่เพิ่งเข้าทำงาน จึงมีความพยายามที่จะแสดงศักยภาพของตนเอง แสดงความเชื่อมั่นในตนเองและความตั้งใจที่จะเป็นพยาบาลที่ดี เพื่อให้เพื่อน

ร่วมงานยอมรับ (ปริญญญาและธีรบุษ, 2555) รวมถึงเมื่อพยาบาลจบใหม่มีการปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะมีการกล่าวชมทำให้พยาบาลจบใหม่รู้สึกถึงความสุข (ธีรภัทร, 2546) ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) โดยพบว่า พยาบาลมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ซึ่งศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี

ด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยกระทำด้วยความปรารถนาดีและตามภาระหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและผ่านพ้นกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ (Roach, 2002) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 ซึ่งเป็นคะแนนที่น้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้าย รองจากด้านความสามารถ อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการเตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมและวิชาชีพ ซึ่งเกี่ยวกับความมุ่งมั่นที่จะทำหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดีในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และรวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ ซึ่งเกี่ยวกับการตระหนักรู้ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัตถุประสงค์ของการดูแลที่มีความแตกต่าง ทางศาสนา เชื้อชาติ และอื่น ๆ จะมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความต้องการการดูแลสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกายไปในทิศทางที่แยลง อวัยวะในร่างกายจะหยุดการทำงานไปที่ระบบ ไม่สามารถรักษาโรคที่เกิดขึ้นให้หายได้ (สง่า, 2554) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจบใหม่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89.3 ไม่เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อเจอสถานการณ์ที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่อยากที่จะเข้าไปให้การดูแล จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านความมุ่งมั่นที่จะทำอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนจากการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี พบว่า พยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะทำอยู่ในระดับสูง

ด้านที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยที่สุด คือ ด้านความสามารถ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.58 ซึ่งเป็นพฤติกรรมการแสดงออกที่สะท้อนถึง การมีความรู้ การตัดสินใจ ทักษะ ประสบการณ์ และแรงจูงใจที่จะตอบสนองต่อความต้องการของคนอื่น ๆ อย่างมืออาชีพ (Roach, 2002) อาจอธิบายได้ว่าจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจบใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงาน ทำให้มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ขาดความสามารถและขาดความชำนาญในการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการดูแลวางแผนการพยาบาล ที่จะนำความรู้ไปประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน (ณัฐยานันและคณะ, 2553; Albutt, 2013) รวมถึงการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง

ซึ่งเป็นคะแนนที่น้อยที่สุดกว่าทุกด้าน จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในด้านความสามารถและทำให้เป็นด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหุกลและคณะ (Prompahakul et al, 2011a) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความสามารถมีคะแนนน้อยที่สุดกว่าทุกด้านเช่นเดียวกัน ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า น่าจะเกิดจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทยที่มีการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่างได้เรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยเพียง 3-4 ชั่วโมง ดังนั้นจำนวนชั่วโมงในการเรียนการสอน และการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านความสามารถ

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ในภาคใต้ของประเทศไทย ที่มีอายุงานไม่เกิน 1 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 22-25 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-5 ราย และจากการศึกษาของพรหมพาหุกลและคณะ (Prompahakul et al, 2011a) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทยเช่นเดียวกัน โดยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลเดียวกัน สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของโรช (Roach) แต่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 1 ปี มีอายุเฉลี่ย 34.36 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 15 ราย โดยพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาของพรหมพาหุกลและคณะ (Prompahakul et al, 2011a) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า พยาบาลที่มีอายุ มีประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย จะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยกว่าพยาบาลที่มีอายุ มีประสบการณ์ในการทำงาน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .01$) ซึ่งสนับสนุนกับสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ นั่นคือ การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เป็นการเตรียมความพร้อมภาพรวมทั้งจากสถานศึกษา สถานที่ทำงาน และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง เมื่อจำแนกแหล่งการเตรียมความพร้อมเพื่อหาความสัมพันธ์ พบว่า การเตรียมความพร้อมจากทุกแหล่งมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแล

แบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการค้นคว้าด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงที่สุด ($r = .348, p < .01$) และรองลงมาเป็นการเตรียมความพร้อมจากสถานที่ทำงาน ($r = .331, p < .05$) ส่วนการเตรียมความพร้อมจากสถานศึกษามีความสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .261, p < .01$) ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ และด้านจริยธรรมและวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าพยาบาลจะได้รับหรือเคยมีการเตรียมความพร้อมจากแหล่งไหนก็สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ซึ่งถ้าหากพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลจะแสดงออกมาให้ดีขึ้นได้ (Li & Kenward, 2006) และจากการศึกษาของโทดาโร เฟรนเชสชี (Todaro-Franceschi, 2013) ที่ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลคุณภาพชีวิตอย่างมีอาชีพ ซึ่งศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 ราย พบว่า การเตรียมความพร้อมสามารถทำนายความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ที่จะทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งการที่พยาบาลมีการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอสามารถช่วยลดความเหนื่อยหน่ายและความเมื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

ซึ่งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านระหว่างการเตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ และด้านจริยธรรมและวิชาชีพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายด้านเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านความมุ่งมั่นที่จะทำ (ดังแสดงในตาราง 9) แสดงว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งความรู้และทักษะ ทัศนคติ จริยธรรมและวิชาชีพ ไม่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่จะทำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และมีอายุการทำงานน้อย ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งไม่สามารถทำตามภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จสมบูรณ์ได้ตามที่คาดหวังไว้ แม้พยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนก็ตาม แต่ความมุ่งมั่นที่จะทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกด้าน แสดงว่า การที่พยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในด้านอื่น ๆ ให้ดีขึ้น

การเตรียมความพร้อมภาพรวมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ นั่นคือการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยภายใต้กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ คือ การเตรียมความพร้อม

ภาพรวมที่เตรียมเกี่ยวกับเรื่องความรู้และทักษะ ทักษะคิด จริยธรรมและวิชาชีพ ไม่มีผลต่อระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดจากเครื่องมือที่พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมมากหรือน้อย ไม่สามารถบอกถึงระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการสำรวจย้อนหลังถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมาของพยาบาลจบใหม่ ทั้งจากสถานศึกษา สถานที่ทำงาน และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง แต่ประเมินระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่ทำการศึกษา ซึ่งความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีการเรียนการสอนและได้รับการอบรมเพิ่มเติม (Dobbins, 2011) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน ไม่พบความแตกต่างกัน (ชนิตฐาและคณะ, 2554) แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้อบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางด้านประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทองทิพย์, 2551; Todaro-Franceschi, 2013) ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษา และการศึกษาอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Prompahakul, 2011) ปัจจัยทางด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ในสถานที่ทำงาน (อรพรรณ, 2551) ปัจจัยทางด้านหลักสูตรการศึกษา (Albutt, 2013) รวมถึงปัจจัยทางด้านแหล่งของความรู้ (Kwekkeboom et al., 2005) จึงทำให้ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมที่ผ่านมา

ความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ นั่นคือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดจากเครื่องมือที่พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรภายใต้กรอบการดูแลของโรช (Roach, 2002) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลจะมีความรู้ในระดับมากหรือน้อย ไม่สามารถบอกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลอยู่ได้ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่พยาบาลจะแสดงพฤติกรรมออกมาระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งการศึกษาของพรหมพาหุกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011b) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการอบรม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยตรง ระดับการศึกษา การตระหนักในตนเอง การมีศีลธรรม จริยธรรม ลักษณะของหอผู้ป่วย และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ไม่สามารถบอกพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ และผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของโกคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อายุงาน 6 เดือน ถึง 12 เดือน มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ของประเทศไทยจำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย 1 แห่ง ทั้งหมดรวม 6 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 112 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (3) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ (4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความตรงด้านเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .98 การตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .90 ตามลำดับ และแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร test-retest ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับการเตรียมความพร้อม และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยค่าร้อยละเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมการดูแล

แบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อม กับคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ และระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 112 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 22-25 ปี โดยมีอายุ 23 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.4 อยู่ในสถานภาพโสด ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 81.9 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 17.9 ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6-11 เดือน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 1-5 รายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.8 ($M = 5.60$, $S.D. = 3.90$) เคยเรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 3-4 ชั่วโมงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.4 ($M = 4.00$, $S.D. = 2.40$) และส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 89.3 เข้าปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสัลยกรรมมากที่สุดเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมา ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และแผนกฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 29.5, 25.0 และ 10.7 ตามลำดับ จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลและจากมหาวิทยาลัยใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 51.8 และ 48.2 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสถาบันของรัฐบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 98.2

2. กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.34$, $S.D. = 11.49$) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านจริยธรรมและวิชาชีพมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยสูงสุด ($M = 85.04$, $S.D. = 14.54$) และด้านความรู้และทักษะมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 71.41$, $S.D. = 12.80$)

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 70.31$, $S.D. = 10.18$) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยสูงสุด ($M = 89.29$, $S.D. = 22.68$) และด้านการจัดการกับอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 49.29$, $S.D. = 21.46$)

4. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.84$, $S.D. = .29$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้สึกรักผิดชอบหัวใจดีและด้านความเชื่อมั่นในตนเองมีคะแนนร้อยละสูงสุด ($M = 2.04$, $S.D. = .34$ และ $M = 2.04$, $S.D. = .48$ ตามลำดับ) และด้านความสามารถมีคะแนนร้อยละน้อยที่สุด ($M = 1.58$, $S.D. = .36$)

5. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจบใหม่ ที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงประชากรพยาบาลจบใหม่ของทั้งประเทศไทยได้
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ตอน ซึ่งรวม 95 ข้อคำถาม อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเบื่อหน่าย การตอบแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการถามข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เป็นนักศึกษาจนถึงพยาบาลวิชาชีพ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างจดจำข้อมูลได้ไม่แม่นยำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถามผู้แบบตอบแบบสอบถามถึงสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบที่ขัดแย้งกับสิ่งที่ปฏิบัติจริงได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. สถานศึกษาพยาบาล ทั้งมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยพยาบาล ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ให้มีจำนวนชั่วโมงในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มีการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และยังพบว่า พยาบาลจบใหม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ น้อย ดังนั้นจึงควรมีการปรับปรุงการเรียนการสอน โดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้กับนักศึกษาพยาบาลที่จะก้าวสู่พยาบาลวิชาชีพต่อไป
2. ผู้บริหารโรงพยาบาล/ฝ่ายการพยาบาล ควรให้ความสำคัญของการพัฒนาพยาบาลจบใหม่ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีพยาบาลจบใหม่ถึงร้อยละ 89.3 ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลจบใหม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มากพอ และมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เพียงระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนไม่สามารถรักษาให้หายได้ ความต้องการการดูแลจึงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น พยาบาลที่เข้ามาให้การดูแลจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอ

3. พยาบาลจบใหม่ ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลจบใหม่ให้ความเห็นว่าตนเองมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มากพอ รวมทั้งพยาบาลจบใหม่มีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มากพอ ดังนั้นพยาบาลจบใหม่ที่จะเข้ามาให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ

4. นักวิจัยควรมีการสำรวจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น หัวข้อที่สอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรูปแบบการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นต้น ควรมีการสำรวจเกี่ยวกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ที่เข้าทำงานจากสถานที่ทำงาน เช่น รูปแบบการให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการปรับทัศนคติของพยาบาลจบใหม่ก่อนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาพยาบาลจบใหม่ให้มีประสิทธิภาพการดูแลมากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเป็นภาพรวมไม่ได้ศึกษาถึงรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลจบใหม่ได้มีการเตรียมความพร้อมมา

5. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาพยาบาลในภาคใต้ ผลการศึกษาจึงไม่สามารถใช้อ้างอิงถึงพยาบาลจบใหม่ของภาคอื่น ๆ ของประเทศไทยได้ ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรมีการออกแบบการวิจัยให้ครอบคลุมกลุ่มพยาบาลจบใหม่ทั่วทั้งประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *จำนวนการตายทั้งหมด และตายในโรงพยาบาลและร้อยละของการตายในโรงพยาบาลต่อ การตายทั้งหมดจำแนกรายภาคและจังหวัด พ.ศ. 2550-2554*. Retrieved from http://bps.ops.moph.go.th/E-book/statistic/statistic54/2.2.13_54.pdf.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ย์, และอุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *Rama Nursing Journal*, 17(1) 126-140.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิวาธิณณ์ วัฒนาวัดดู. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ณัฐธยาน์ พงษ์ประวดี, อรพินท์ ชูชม, และอังคินันท์ อินทรกำแหง. (2553). ลักษณะทางจิตและการถ่ายทอดทางวิชาชีพพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 2(1), 31- 33.
- คาริน จตุรภัทรพร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ใกล้จะเสียชีวิต*. Retrieved from http://thaifp.com/palliative/symptom/last_hours/last_hours.html.
- ดุจเดือน ชินเจริญทรัพย์. (2547). ทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 177-182). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, และสิรินทร์ ศาสตรานุกฤษ. (2542ก). อาการของระบบทางเดินอาหาร. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 43-56). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, และสิรินทร์ ศาสตรานุกฤษ. (2542ข). อาการของระบบหายใจ. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 57-62). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.

- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, และสิรินทร์ ศาสตราบุรุษ. (2542ก). อาการอื่น ๆ. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 79-84). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ทวิวัฒนา เชื่อมมอญ. (2540). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ต่อความพึงพอใจในงานและความสามารถในการปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ทองทิพย์ พรหมสร. (2551). การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และอรัญญา เชาวลิตร. (2546). การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดระยะเร่ง. *วารสารสหพยาบาล*, 18(3), 65-85.
- ทิพวรรณ บุญอาจ. (2549). สรุปการเสวนาเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครั้งที่ 9. Retrieved from www.budnet.org/peacefuldeath/sites/default/files/s/s9.doc.
- ธีรภัทร แสนบุตรดา. (2546). ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). การบริหารการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- นิภาพร อารีย์. (2548). การปรับตัวและแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลจบใหม่โรงพยาบาลรามธิบดี. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บงอร ไทรเกตุ. (2556). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (*Palliative care*) (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- บาทหลวงเชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2548). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย. ใน เมตตานนุ โท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 159-190). กรุงเทพฯ: บริษัท ที.เอ็น.พี. พรินติ้ง จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:

ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. (2553). Multidisciplinary pain management model. ใน พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่าจุติสวัสดิ์, และวิมลลั จันทร์ดี (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Pain education: Gateway to palliative care* (หน้า 36-38). กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

ปราโมทย์ ทองสุข, และทักษิณ นะแสง. (2546). การจัดการเรียนการสอนมรณศึกษาในระดับปริญญาตรี ของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(1), 1-15.

ปริญญา แร่ทอง, และธีรนุช ห้านิรติชัย. (2555). ประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากนักศึกษา พยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 51-62

พจนา วิภามาส. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ฟ้าฉิน วังเสนา. (4 ธันวาคม 2555). บันได 5 ขั้นสู่รายวิชา IS: การค้นคว้าด้วยตนเอง. *เดลินิวส์ออนไลน์*. ค้นจาก <http://www.dailynews.co.th/education/170333>.

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี. (2555). Retrieved from www.cbh.moph.go.th.

เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร. (2555). *สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. Retrieved from http://methawitpublichealth.blogspot.com/2012/09/blog-post_383.html.

ระบบสารสนเทศด้านการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2557). *พยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555*.

Retrieved from <http://www.nur.psu.ac.th/BachelorInformation/BachelorProgram.aspx>.

รัศมิ รัทวงศ์. (2550). *การใช้การให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อช่วยลดความเครียดของพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ลักขมี ชาญเวชช์. (2542). ความปวด. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 17-42). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ลักขมี ชาญเวชช์. (2549). Pain management in end of life. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต* (หน้า 45-60). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง, อรรณณ แพนคง, ผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน, และมาลินี บุญเกิด. (2551). ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติต่อความรู้ เจตคติ และทักษะในการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2550. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สระบุรี.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ และชลธิพร พรหมพาหกุล. (2556). การดูแลในการพยาบาลบุคคลระยะสุดท้าย: Caring in nursing persons at the end of life. ใน กิตติกร นิลมนัด และ วราภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล: Common phenomena in the end-of-life stage and caring* (หน้า 1-15). สงขลา: บริษัทจอยปรีนท์จำกัด.
- วัชรภรณ์ อภิวัชรางกุล. (2549). ปัญหาการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม. *สรุปการเสวนาเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งที่ 9*, กรุงเทพฯ, วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.
- วันดี สุทธิรังสี, สมพร อยู่ดี, และอรัญญา เชาวลิติ. (2544). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(3), 1-12.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2555). *สาส์นจากนายกสภาการพยาบาล: วิชาชีพการพยาบาลยังเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน*. Retrieved from <http://www.tnc.or.th/content/content-71.html>.
- วิจิตรา กุศลมภ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิมล คชะ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลกับวิธีการเผชิญปัญหาในงานของพยาบาลจบใหม่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- วิรัช วุฒิกูมิ. (2542ก). การตอบสนองทางจิตวิญญาณ. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 93-94). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- วิรัช วุฒิกูมิ. (2542ข). ประเด็นทางจริยธรรม. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 95-98). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ศศิกานต์ นิมนานรัชต์. (2552). ความปวดในเวชปฏิบัติ. ใน ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management* (หน้า 1-26). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สกล สิงหะ. (2553). What is palliative care in non-cancer? Why we need it?. ใน พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, และวิรมล จันทรดี (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: Non-cancer palliative care* (หน้า 1-7). กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สง่า ลือชาพัฒน์พร. (2554). *เพื่อรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม: ประสบการณ์ของ กานดาศรี ตูลาธรรมกิจ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: Green Print.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. Retrieved from www.hospital.psu.ac.th/file/quality/HA/HAHPH_Standard_2006_3.doc.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2546). *จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช 2546*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2555). จากการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: ความสำเร็จของวิชาชีพการพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ* (หน้า 1-12). (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- สหทยา ไพบูลย์วรชาติ. (2549). การประเมินและการวัดความปวด. ใน ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับความปวด Pain and pain management* (หน้า 27-41). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2557). *คุณภาพประชากร-การอ่าน*. Retrieved from <http://stat-ed.onecapps.org/StatDetail.aspx?MenuID=11&SubID=3&MainID=1>.
- ลิวลี สิริไ. (2547). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 101-100). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

- สุภาพร คาวดี. (2537). *ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 41-55.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). *พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อรัญญา เขาวลิต. (2547). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ถังยมี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 147-165). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อรุณพร เนียมสุวรรณ. (2549). *การเตรียมความพร้อมในการรับบุคคลเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ระบบกลางของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนราชวินิตบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- อานนท์ วิทยานนท์. (2542). สถานภาพทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 11-16). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- อารีญา ด่านผาทอง. (2552). *พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่*. *วารสาร สภาการพยาบาล*, 36(1), 15-26.
- Abemethy, A. P., & Farrell, T. W. (2009). Pain and palliative care pharmacotherapy literature summaries and analyses. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 23(1), 62-68.
- Albutt, G. (2013). Preparing nurses to work in primary care: Educators' perspectives. *Nursing Standard*, 27(36), 41-46.
- Ali, A. P., Watson, R., & Albutt, G. (2011). Are English novice nurses prepared to work in primary care setting. *Nurse Education in Practice*, 11, 304-308.
- Banaclough, J. (1997). ABC of palliative care depression, anxiety and confusion. *British Medical Journal*, 135(7119), 1365-1368.

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Berger, S. L., & Berger, A. M. (2007). Nausea/vomiting, anorexia/cachexia and fatigue.
In Emanuel, L.L., & Librach, S. L. (Eds.). *Palliative care: Core skills and clinical competencies* (pp. 115-132). Philadelphia: Saundeers Elsevier.
- Boroujeni, A. Z., Mohammadi, R., Oskouie, S. F. H., & Sandberg, J. (2008). Iranian nurses' preparation for loss: Finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2329-2336.
- Boyle, D. K., Miller, P. A., & Forbes-Thompson, S. A. (2005). Communication and end-of-life care in the intensive care unit: Patient, family, and clinician outcomes. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28, 302-316.
- Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M. L., & McAiney, C. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(2), 77-83.
- Briggs, E. (2003). The nursing management of pain in older people. *Nursing Standard*, 17(18), 47-53.
- Brown, J. K. (2002). A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 517-532.
- Caton, A. P., & Klemm, P. (2006). Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 604-608.
- Cherny, N. (2003). ESMO takes a stand on supportive and palliative care. *Annals of Oncology*, 14, 1335-1337.
- Cohen, E., botti, M., Hanna, B., Leach, S., Boyd, S., & Robbins, J. (2008). Pain beliefs and pain management of oncology patients. *Cancer Nursing*, 31(2), E1-E8.
- Connor, S. R. (2009). *Hospice and palliative care: The essential guide* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Cramer, L., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., & Bradler, E. (2003). Nurses' attitudes and practice related to hospice care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 249-255.
- Cronin, S. N. & Harrison, B. (1998). Importance of nurse caring behavior as perceived by patient after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 17(4), 347- 380.
- Dickinson, G. E., Clark, D., & Sque, M. (2008). Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes. *Nurse Education Today*, 28, 163-170.

- Dobbins, E. H. (2011). The impact of end-of-life curriculum content on the attitudes of associate degree nursing students toward death and care of the dying. *Teaching and Learning in Nursing, 6*, 159-166.
- Ferrell, B., Grant, M., & Virani, R. (1999). Strengthening nursing education to improve end-of-life care. *Nursing Outlook, 47*(6), 252-256.
- Ferrell, B. R., Virani, R., Grant, M., & Juarez, G., (2000). Analysis of palliative care content in nursing textbooks. *Journal of Palliative Care, 16*(1), 39-48.
- Ferrell, B. R., Virani, R., & Grant, M. (1998). Improve end-of-life care education in home care. *Journal of Palliative Medicine, 1*(1), 11-19.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in dying. *Nursing Management, 31*(9), 52-57.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Rhome, A., Malloy, P., Bednash, C., & Grimm, M. (2005). Evaluation of the end-of-life nursing education consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine, 8*(1), 107-114.
- Field, M. J., & Cassel, C. K. (Eds). (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academies.
- Fry, S. T., & Johnstone, M. (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making* (2nd ed). Oxford: Blackwell Science.
- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2013). End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.009>.
- Green, A. (2004). Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Practitioners, 16*(7), 283-290.
- Hader, C., & Guy, J. (2004). Your hand in pain management. *Nursing Management, 35*(11), 21-27.
- Hermann, C. P. (2007). The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncology Nursing Forum, 34*(1), 70-78.
- Hornby, A. S. (2005). *Oxford advanced learner's dictionary of current English* (7th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- IASP. (2013). *IASP Taxonomy*. Retrieved from http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions.

- Johnson, A., Chang, E., & O'Brien, L. (2009). Nursing the dying: A descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 417-425.
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decision in clinical medicine* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M., & Woldeyohannes, D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurse working in selected hospitals Addis Ababa, Ethiopia. *Bio Med Central Palliative Care*, 13(6), 1-11.
- Kinzbrunner, B. M. (2002). Predicting prognosis: How to decide when end of life care is needed. In Kinzbrunner, B. M., Weinreb, N. J., & Policzer, J. S. *20 common problems: End of life care* (pp. 3-28). New York: McGraw-hill.
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurse' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end of life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9(2), 96-104.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurse leave nursing*. St. Louis: Mosby.
- Kubler-Ross, E. (1993). *Questions and answers on death and dying*. New York: Collier Books.
- Kuuppelomäki, M. (2001). Spiritual support for terminally ill patients: Nursing staff assessments. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 660-670.
- Kwekkeboom, K. L., Vahl, C., & Eland, J. (2005). Companionship and education: A nursing student experience in palliative care. *Journal of Nursing Education*, 44(4), 69-176.
- Laird, B., Colvin, L., & Fallon, M. (2008). Management of cancer pain: Basic principles and neuropathic cancer pain. *European Journal of Cancer*, 44, 1078-1082.
- Lawton, J. (2000). *The dying process: Patients' experiences of palliative care*. London: Routledge.
- Leleszi, J. P., & Lewandowski, J. G. (2005). Pain management in end-of-life care. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 105(3), S6-S11.
- Li, S., & Kenward, K. (2006). A national survey of nursing education and practice of newly licensed nurses. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 8(4), 110-115.
- Lloyd-Williams, M., & Field, D. (2002). Are undergraduate nurses taught palliative care during their training?. *Nurse Education Today*, 22, 589-592.
- Lodder, K., & Read, J. (2007). Psychological management in delirium. *Progress in Palliative Care*, 15(2), 61-66.

- London, M. R., & Lundstedt, J. (2007). Families speak about inpatient end-of-life care. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(2), 152-158.
- Luck, L., Jackson, D., & Usher, K. (2008). Converging caring: Nurse attributes to avert violence in ED. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 205-212.
- Lunney, J. R., Lynn, T., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *The Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2387-2391.
- Lunney, J. R., Lynn, T., & Hogan, C. (2002). Profiles of older medicare decedents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1108-1112.
- Macleod, A. D. (2006). The management of terminal delirium. *Indian Journal Palliative Care*, 12(1), 22-28.
- Manosilapakorn, C. (2003). *Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand*. Unpublished dissertation, George Mason University.
- McIllmurray, M. B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K., & Al-hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: Findings from an observational study. *European journal of Cancer Care*, 10, 261-269.
- Meraviglia, M., McGuire, C., & Chesley, D. (2003). Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 34, 122-127.
- Meuser, T., Pietruck, C., Radbruch, L., Stute, P., Lehmann, K. A., & Grond, S. (2001). Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: A longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*, 93(3), 247-257.
- Miller, B. E., Pittman, B., & Strong, C. (2003). Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *International Journal of Gynecological Cancer*, 13, 111-119.
- Miller, E. (2004). The World Health Organization analgesic ladder. *Journal Midwifery Womens Health*, 49(6), 542-545.
- Mullen, C., & Thomas, J. (2009). End-of-life care: Common core competencies. *British Journal of Healthcare Assistants*, 3(10), 490-492.

- Nilmanat, K., & Phunggrassami, T. (2006). Status of end of life care in Thailand. *UICC World Cancer Congress 2006*. Retrieved from <http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P10163.HTM>.
- NurseGroups. (2013). *What is a novice nurse?*. Retrieved from <http://i.nursegroups.com/nursing-article/what-is-a-novice-nurse.html>.
- 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>.
- O'Connell, E., & Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 349-358.
- Pan, C. X., Morrison, S., Ness, J., Fugh-Berman, A., & Lehmann, K. A. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(5), 374-387.
- Pokpalagon, P. (2005). *Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospital, Bangkok*. Unpublished master's thesis of nursing science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: Prevalence and patterns. *Palliative Medicine*, 17, 310-314.
- Prompahakul, C. (2011). *Factors relating to nurses' caring behavior for dying patients in Southern Thailand*. Unpublished master's thesis, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.
- Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011a). Nurses' caring behavior for dying patients in Southern Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 147- 158.
- Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011b). Review: Factors relating to nurses' caring behavior for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 15- 27.
- Purling, A., & King, L. (2012). A literature review: Graduate nurses' preparedness for recognizing and responding to the deteriorating patient. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3451-3465.

- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R., Dotolo, D., Silvestri, G. A., & Curtis, J. R. (2010). Nurses' identification of Important yet under-utilized end-of-life care skills for patients with life-limiting or terminal illnesses. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 753-759.
- Roach, M.S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professionals* (2nd ed.). Canada: CH Press.
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 126-37.
- Shih, F. J., Lin, H. R., Gau, M. L., Chen, C. H., Hsiao, S. M., Shih, S. N., & Sheu, S. J. (2005). Spiritual needs of Taiwan's older patients with terminal cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 31-38.
- Smith, S. N., & Bohnet, N. (1983). Organization and administration of hospice care. *The Journal of Nursing Administration*, 13(11), 10-15.
- Solono, 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. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(1), 58-69.
- Sullivan, A. M., Lakoma, M. D., Billings, J. A., Peters, A. S., & Block, S. D. (2005). Teaching and learning end-of-life care: Evaluation of a faculty development program in palliative care. *Academic Medicine*, 80(7), 657-668.
- Tanking, J. (2010). Nurse caring behavior. *The Kansa Nurse*, 85(4), 3-5.
- Thacker, K. S. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics* 2008, 15(2), 174-185.
- Thompson, I. (2004). The management of nausea and vomiting in palliative care. *Nursing Standard*, 19(8), 46-53.
- Tilden, V. P. (1999). Ethics perspectives on end-of-life care. *Nursing Outlook*, 47(4), 162-166.
- Todaro-Franceschi, V. (2013). Critical care nurses' perceptions of preparedness and ability to care for the dying and their professional quality of life. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(4), 184-190.
- Vandenbos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology* (1st ed.). Washington, DC : American Psychological Association.

- Watson, J. (1979). *Nuring: The philosophy and science of caring* (1st ed.). Boston: Little, Brown and Company.
- Wilgis, M., & McConnell, J. (2008). Concept mapping: An educational strategy to improve graduate nurses' critical thinking skills during a hospital orientation program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(3), 119-126.
- Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. A. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-111.
- World Health Organization. (2013). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

เรื่อง การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่

- เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้
- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (11 ข้อ)
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (24 ข้อ)
 - ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (20 ข้อ)
 - ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (40 ข้อ)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หย่า

☐ แยกกันอยู่

☐ หม้าย

4. ศาสนา

☐ พุทธ

☐ คริสต์

☐ อิสลาม

☐ อื่น ๆ

5. ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาล.....เดือน

6. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รายน

☐ ไม่เคย

☐ เคย จำนวน.....ราย

7. ท่านเคยเรียนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานศึกษาที่ชั่วโมง (ในห้องเรียน)

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุจำนวน.....ชั่วโมง

8. ภายหลังจบปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ ท่านเคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุจำนวน.....ชั่วโมง จาก.....

9. หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน

☐ หอผู้ป่วยหนัก

☐ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

☐ หอผู้ป่วยศัลยกรรม

☐ แผนกฉุกเฉิน

10. สถาบันที่ท่านศึกษาระดับปริญญาตรี

☐ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

☐ วิทยาลัยพยาบาล

11. ลักษณะสถาบันที่ท่านศึกษา

☐ รัฐบาล

☐ เอกชน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ ซึ่งมีทั้งหมด 24 ข้อ และพิจารณาว่าท่านเคยได้รับ/เคยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามประเด็นที่ระบุในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใดตามความเป็นจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในตาราง ด้านขวามือ ทั้งในช่องการเตรียมความพร้อมโดยรวมจากสถานศึกษาจากสถานที่ทำงาน และจากการค้นคว้าด้วยตนเอง รวมข้อละ 4 เครื่องหมาย

2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ

- | | |
|---|---|
| 0 | หมายถึง ท่าน <u>ไม่เคย</u> มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ในประเด็นที่ระบุ |
| 1 | หมายถึง ท่าน <u>ได้รับ/เคยมี</u> การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ในประเด็นที่ระบุ <u>น้อย</u> |
| 2 | หมายถึง ท่าน <u>ได้รับ/เคยมี</u> การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ในประเด็นที่ระบุ <u>ปานกลาง</u> |
| 3 | หมายถึง ท่าน <u>ได้รับ/เคยมี</u> การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ในประเด็นที่ระบุ <u>มาก</u> |

[illegible]

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

กรณาวางกลมล้อมรอบคำตอบที่ถูกต้องที่สุด (1 คำตอบ เท่านั้น)

1. เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมีต่อไปนี “ยกเว้น”
 1. การวินิจฉัยปัญหาของโรค
 2. การควบคุมภาวะความเจ็บปวด
 3. ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ
 4. การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องของการรักษา
2. คำกล่าวข้อใดที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
 1. ให้การรักษาผู้ป่วยทุก ๆ คนตามแบบฉบับเดียวกัน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ
 2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
 3. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
 4. ประเมินว่าในครอบครัวของผู้ป่วย ใครคือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญของการรักษา

.....

.....

.....
20. อะไรที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
 1. การพยาบาลอย่างมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านกาย จิต สังคม วิญญาณ
 2. การตัดสินใจในระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยเท่านั้น
 3. ความปรารถนาที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจะไม่เป็นผล ถ้าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไม่อนุญาต
 4. ไม่มีคำกล่าวข้อใดที่ถูกต้อง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ ซึ่งมีทั้งหมด 40 ข้อ และพิจารณาว่าตรงกับการกระทำของท่านมากน้อยเพียงใดแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ด้านขวามือ ข้อละ 1 เครื่องหมาย โปรดตอบแบบสอบถามนี้จากใจจริง

2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่าน <u>ไม่ได้กระทำเลย</u>
ไม่บ่อย	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่าน <u>ได้กระทำไม่บ่อย</u>
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่าน <u>ท่านได้กระทำบ่อยแต่ไม่ทุกครั้ง</u>
เป็นประจำ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่าน <u>ได้กระทำทุกครั้ง</u>

3. โปรดอ่านความหมายของคำต่อไปนี้ก่อนตอบแบบสอบถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยเรื้อรังและที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคมะเร็ง โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น)ที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคและมีอาการที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน โดยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนั้น

พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การกระทำ คำพูด และท่าทางที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยเรื้อรังที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี (Six C) ของโรช (Roach, 2002)

ข้อที่	พฤติกรรม	ไม่เคย	ไม่บ่อย	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	ฉันเอาใจใส่ต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว				
2.	ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความโศกเศร้าในการสูญเสีย				
3.	ฉันสัมผัสผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน				
.					
.					
.					
40.	ฉันแสดงออกถึงความต้องการการได้รับความเคารพและการให้เกียรติจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และทีมสุขภาพ				

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้าพเจ้า นายเดชทัต อัครนารักษ์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเตรียมความพร้อม และแนวทางการพัฒนาความรู้ รวมทั้งพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ผู้วิจัยจึงขอเชิญท่านซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามพฤติกรรมต่อการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ซึ่งท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ และการให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายต่อตัวท่านในเรื่องส่วนตัว โดยข้อมูลส่วนตัวท่านจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและคำตอบที่ได้ ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม และใช้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณท่านในโอกาสนี้ด้วย ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ 084-544-6781

ขอแสดงความนับถือ

(นายเดชทัต อัครชนารักษ์)

...../...../.....

เอกสารให้การยินยอม
การวิจัยเรื่อง
การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่

ชื่อ-สกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....

หนังสือยินยอมฉบับนี้อาจมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายคำหรือข้อมูลใด ๆ
 ที่ท่านไม่เข้าใจให้ทราบ

1. วัตถุประสงค์

ผู้วิจัยกำลังขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และ
 พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ศึกษากระบวนการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
 เอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อม ความรู้ และ
 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่

วัตถุประสงค์ของเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้ ได้แจ้งให้ทราบถึง
 ลักษณะรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และวิธีที่จะนำข้อมูลส่วนตัวของท่านไปใช้หรือมอบให้ผู้อื่น
 ระหว่างและหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง เพื่อให้ท่านใช้ประกอบการพิจารณาการตัดสินใจเข้าร่วมการ
 วิจัยในครั้งนี้

2. ข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่มีทางรักษาให้หายได้ และจะมี
 การเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางคลินิกไปในทางที่แย่ลงตามระยะเวลา อวัยวะใน
 ร่างกายจะเสื่อมสภาพและหยุดการทำงานที่ไป ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น
 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล ซึ่งผู้ที่ดูแลผู้ป่วยระยะ
 สุดท้ายได้ดีนั้นต้องได้รับการฝึกฝนและความเข้าใจกลไกการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมี
 ความสนใจศึกษาถึงการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะ
 สุดท้าย เพื่อนำผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอน เพื่อเตรียมความพร้อมใน
 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล และการวางแผนการเตรียมความ
 พร้อม และแนวทางการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาล

รวมถึงหาแนวทางพัฒนาพฤติกรรมของพยาบาลจบใหม่ให้ดีขึ้น และไปในทิศทางเดียวกันส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด

3. ขั้นตอนในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ อายุงาน 6 เดือนถึง 1 ปี และมีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ราย ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลศูนย์ชรีพระเกียรติ โดยผู้วิจัยจะติดต่อกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมใด ๆ ทั้งสิ้นสำหรับโครงการวิจัยนี้

4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบศึกษาแบบบรรยาย ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ทั้งสิ้น การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือการพิจารณาความดีความชอบใด ๆ ระหว่างการให้ข้อมูล หากท่านมีความลำบากใจหรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจะข้ามหรือหยุดการเก็บข้อมูลในประเด็นนั้น ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล ผลประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัยคือ ท่านได้รับข้อมูลระดับการเตรียมความพร้อม ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของท่าน

5. การเก็บรักษาความลับ

ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัย จะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด

6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง เรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้ แม้ว่าท่านจะมีการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและให้มีการเก็บข้อมูลไปแล้ว การถอนคำอนุญาตเข้าร่วมดังกล่าว สามารถทำได้ทุกเมื่อและด้วยเหตุผลใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน

7. ข้อสงสัยต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่าง ๆ หรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัย ให้ท่านติดต่อผู้วิจัยโดยตรงคือ นายเดชทัต อัครนารักษ์ ที่บ้านเลขที่ 1/15 หมู่ 11 ตำบลบางหมาก อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร รหัสไปรษณีย์ 86000 หรือเบอร์โทรศัพท์ 083-125-5445 หรืออาจติดต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ ที่ 074-284-765 ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

โดยการลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ท่านยอมรับว่าท่านได้รับทราบถึงข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ของท่านเป็นไปโดยความสมัครใจ และท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลเสียหรือการสูญเสียผลประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับ ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับและท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่อง เรื่องการเตรียมความพร้อมพยาบาลจบใหม่ ความรู้ และพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายังได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย

(นายเดชทัต อัครนารักษ์)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ภาคผนวก ก
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/ ๒๖๐๕



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

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.จันทร์เพ็ญ สุริยวงศ์

ด้วย นายเดชทัต อัครธนาภิรักษ์ รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อมความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบประเมินความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต” ของคุณจันทร์เพ็ญ สุริยวงศ์ (ค.ศ.๒๐๐๓) ปรียญาคุณภูมิบัณฑิต สาขาศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย George Mason University มลรัฐเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “Thai nurses’ attitudes, Knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand”

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้นายเดชทัต อัครธนาภิรักษ์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวเพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. (๐๗๔) ๒๕๖๕๖๑

โทรสาร. (๐๗๔) ๒๕๖๔๒๑

7/4/2557

พิมพ์

เรื่อง: หนังสือขอให้เครื่องมือ

จาก: Techathat Akarathanarak (akarathanarak@yahoo.co.th)

ถึง: chanphen@hotmail.com;

วันที่: วันจันทร์ที่, 14 ตุลาคม 2013 0:29

เรียน ดร.จันทรเพ็ญ (มโนศิลปกร) สุริยวงศ์

กระผมนายเดชทัต อัครธนาธิกร นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ จึงมีความประสงค์ ขอใช้แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และได้แนบหนังสือขอใช้เครื่องมือมาด้วย ขอขอบคุณครับ

ด้วยความเคารพเป็นอย่างสูง
เดชทัต อัครธนาธิกร

จาก: chanphen yeah-yeah <chanphen@hotmail.com>
ถึง: Techathat Akarathanarak <akarathanarak@yahoo.co.th>
ส่งแล้ว: วันพุธที่, 14 สิงหาคม 2013 21:48
เรื่อง: Re: ขอใช้แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ยินดีให้ใช้ได้ค่ะ กรุณาส่งหนังสือขอใช้เครื่องมือมาด้วยนะคะ

ดร.จันทรเพ็ญ สุริยวงศ์ (มโนศิลปกร)

Sent from my iPhone

On 13 ส.ค. 2556, at 2:20, "Techathat Akarathanarak" <akarathanarak@yahoo.co.th> wrote:

เรียน ดร.จันทรเพ็ญ (มโนศิลปกร) สุริยวงศ์

กระผมนายเดชทัต อัครธนาธิกร นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่องการเตรียมความพร้อมพยาบาลจบใหม่ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความประสงค์ ขอใช้แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเมื่อสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่าน กระผมจะดำเนินการเรื่องการขอใช้แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นทางการอีกครั้ง

ด้วยความเคารพเป็นอย่างสูง
เดชทัต อัครธนาธิกร



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์
เลขที่ 1076
วันที่ 15 พ.ค. 57
เวลา 11.00

ส่วนราชการ ศูนย์ทรัพย์สินทางปัญญา อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.๙๓๓๗

ที่ มอ ๑๖๔.๓ /๑๓๑

วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือราชการที่ มอ ๖๐๐/๑๒๙๗ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๗

ตามที่ นายเดชทัต อัครณารักษ์ รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย ของนางสาวสุลีพร พรหมกุล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “Factor Relating to Nurse’ Care Behavior for Dying Patients in Southern Thailand” ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ปี พ.ศ.๒๕๕๔ นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง นายเดชทัต อัครณารักษ์ ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ยอมรับในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าว นอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ศาสตราจารย์ กาญจนโอภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัครวิทย์ กาญจนโอภาส)

ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ศูนย์ทรัพย์สินทางปัญญา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Intellectual Property Office of Prince of Songkla University

ศูนย์ทรัพย์สินทางปัญญา อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Intellectual Property
Office of Prince of Songkla University Science Park
ชั้น ๑๒ อาคารศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ ต่าบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐
โทรศัพท์ ๐-๗๔-๒๘-๙๓๓๘ โทรสาร ๐-๗๔-๒๘-๙๓๓๘

*ส่ง มอ.ปัตตานี
1/5*

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) มีดังนี้

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตัวแปรมีความต่อเนื่องและอยู่ในระดับช่วงมาตราขึ้นไป

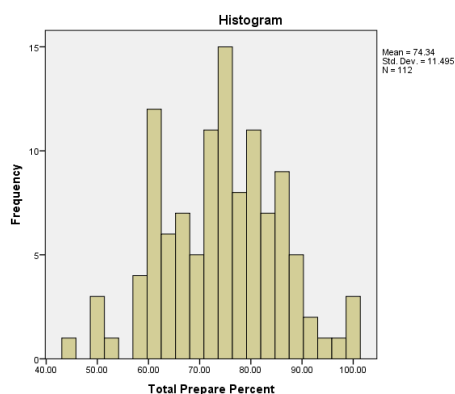
จากการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้น ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับช่วงมาตรา

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับช่วงมาตรา

2. ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งทดสอบลักษณะการกระจายของข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากตาราง Descriptive และแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram)

การทดสอบการกระจายของตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

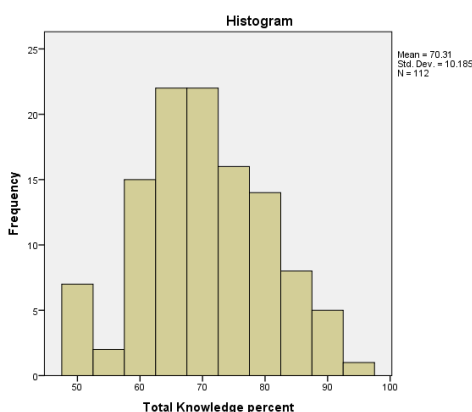
Descriptives			
		Statistic	Std. Error
Total Prepare Percent	Mean	74.3428	1.08621
	95% Confidence Interval for Lower Bound	72.1904	
	Mean Upper Bound	76.4952	
	5% Trimmed Mean	74.3937	
	Median	73.6111	
	Variance	132.145	
	Std. Deviation	11.49542	
	Minimum	44.44	
	Maximum	100.00	
	Range	55.56	
	Interquartile Range	16.32	
	Skewness	-.073	.228
	Kurtosis	-.155	.453



จากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) มีค่าเท่ากับ $-.073$ หมายความว่าข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้าย โดยมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้เท่ากับ $.228$ ส่วนค่า Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ $-.155$ หมายความว่าข้อมูลมีลักษณะโค้งค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาจากค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 74.34 และค่า Median เท่ากับ 73.61 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การทดสอบการกระจายของตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

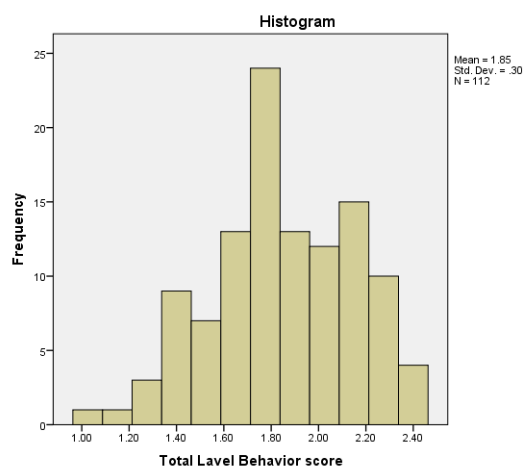
Descriptives			Statistic	Std. Error
Total Knowledge percent	Mean		70.31	.962
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	68.41	
		Upper Bound	72.22	
	5% Trimmed Mean		70.30	
	Median		70.00	
	Variance		103.730	
	Std. Deviation		10.185	
	Minimum		50	
	Maximum		95	
	Range		45	
	Interquartile Range		14	
	Skewness		.064	.228
	Kurtosis		-.330	.453



จากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) มีค่าเท่ากับ .064 หมายความว่าข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา โดยมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้เท่ากับ .228 ส่วนค่า Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ -.330 หมายความว่าข้อมูลมีลักษณะโค้งค่อนข้างโด่ง เมื่อพิจารณาจากค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 70.31 และค่า Median เท่ากับ 70.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การทดสอบการกระจายของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

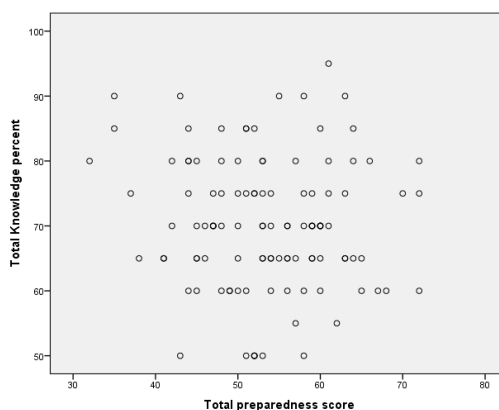
Descriptives			Statistic	Std. Error
Total Level Behavior score	Mean		1.8451	.02833
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.7890	
		Upper Bound	1.9012	
	5% Trimmed Mean		1.8518	
	Median		1.8250	
	Variance		.090	
	Std. Deviation		.29977	
	Minimum		1.03	
	Maximum		2.40	
	Range		1.38	
	Interquartile Range		.44	
	Skewness		-.276	.228
	Kurtosis		-.457	.453



จากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) มีค่าเท่ากับ $-.276$ หมายความว่าข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้าย โดยมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้เท่ากับ $.228$ ส่วนค่า Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ $-.457$ หมายความว่าข้อมูลมีลักษณะโค้งค่อนข้างโด่ง เมื่อพิจารณาจากค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 1.84 และค่า Median เท่ากับ 1.82 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

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

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

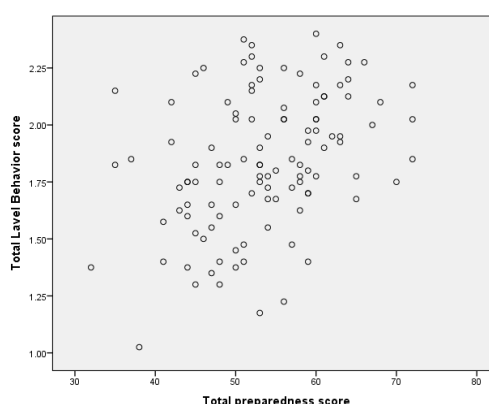


จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่าลักษณะตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์เชิง

เส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจึงไม่สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

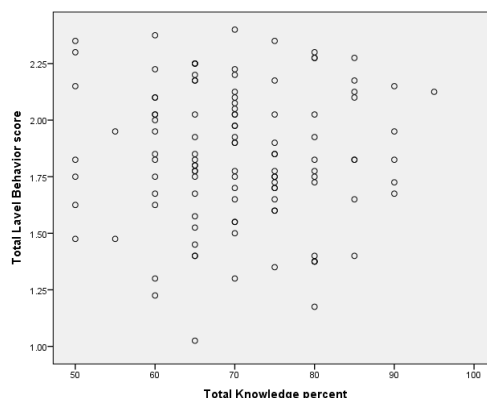
ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) โดยข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) คือ ตัวแปร 2 ตัวแปรไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวก หากมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น และในทางตรงข้าม ถ้ามีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นน้อยลง ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

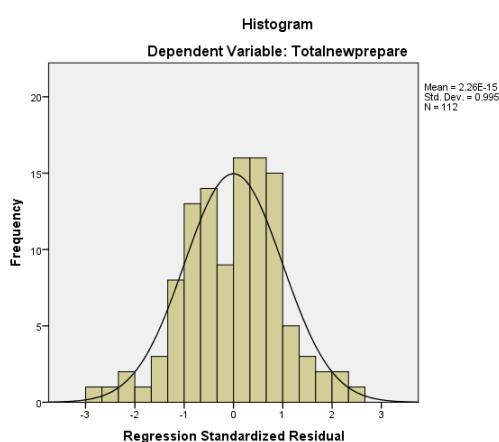
การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์เชิงเส้น



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) สามารถอธิบายได้ว่าลักษณะตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจึงไม่สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) โดยข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) คือ ตัวแปร 2 ตัวแปรไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

4. การทดสอบ Homoscedasticity เป็นการทดสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์หรือตัวแปรอิสระ



จากภาพจะเห็นได้ว่า ตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ ซึ่งกล่าวได้ว่าความแปรปรวนของความ

คลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น Homoscedasticity สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients)

ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่
ภาพรวม (N=112)

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	M	SD
1. ความรู้เรื่องหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การเคารพสิทธิ การทำในสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์ การไม่ทำอันตราย	2.23	.56
2. ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องในระยะสุดท้าย เช่น สิทธิการตายอย่างสงบ การทำพินัยกรรมชีวิต	1.88	.70
3. ความรู้เรื่องแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)	2.22	.62
4. ความรู้เรื่องการดำเนินของความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จนกระทั่งเสียชีวิต	2.07	.56
5. ความรู้เรื่องอาการทั่วไปที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น หายใจลำบาก สับสน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร	2.25	.59
6. ทักษะในการบรรเทาอาการทั่วไปที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น หายใจลำบาก สับสน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร	2.12	.58
7. ความรู้เรื่องอาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.24	.62
8. ทักษะในการบรรเทาอาการปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การนวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ	2.23	.62
9. ความรู้เรื่องปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น กลัว วิตกกังวล เศร้าโศก ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว	2.17	.53
10. ทักษะในการตอบสนอง/บรรเทาเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตสังคม เช่น กลัว วิตกกังวล เศร้าโศก ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว	2.08	.57
11. ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อของผู้ป่วย เช่น ศาสนา ขนบธรรมเนียม	2.29	.56
12. การปฏิบัติหรือจัดหาสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอตามความเชื่อ ความศรัทธา และช่วยเหลือ สะสางสิ่งที่ค้างคาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.21	.58

ตาราง 10 (ต่อ)

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<i>M</i>	<i>SD</i>
13. ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance directive/ advance care planning)	1.94	.64
14. ความรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การแจ้ง/บอกข่าวร้าย	2.16	.63
15. ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การแจ้ง/บอกข่าวร้าย	2.07	.66
16. การประสานงานกับแพทย์ ทีมสุขภาพ และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว	2.23	.64
17. การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีคุณค่า ความเชื่อวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากตนเองโดยไม่กลัวหรือรังเกียจ	2.40	.56
18. การทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ทำง่าย	1.99	.65
19. ความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ไม่สามารถควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น ควบคุมปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้	2.52	.56
20. การทำให้เห็นความสำคัญของการวิเคราะห์ศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.15	.40
21. การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย	2.57	.53
22. การให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	2.58	.53
23. การให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้สัมพันธภาพแบบไว้วางใจ	2.46	.55
24. การให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพด้วยความเสมอภาค	2.63	.50

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ (N=112)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	M	SD
1. เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมีต่อไปนี “ยกเว้น”	.91	.28
2. คำกล่าวข้อใดที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต	.81	.39
3. คำกล่าวข้อใดต่อไปนี สามารถอธิบายความหมายของ “ความขัดแย้งทางจริยธรรมการพยาบาล”	.74	.44
4. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการใช้จริยธรรมเพื่อตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต	.79	.40
5. จุดมุ่งหมายของการให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Palliative Care) ประกอบด้วย	.99	.09
6. ผู้ใดที่จะเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจบอกในเรื่องความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ดีที่สุด	.79	.40
7. นาย ก. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ตับอ่อนในระยะสุดท้าย แต่นาย ก. กล่าวว่า เขาจะกลายเป็นคนที่ติดยาแก้ปวด คุณในฐานะที่เป็นพยาบาล คุณจะอธิบายกับนาย ก. ว่า...	.34	.47
8. การให้ยาระับความปวดกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง พยาบาลควรจะ...	.73	.44
9. การให้ยาระับอาการปวดวิธีใด ที่ควรจะแนะนำให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดอย่างต่อเนื่อง	.78	.41
10. เหตุผลในข้อใดเป็นคำอธิบายที่ดีที่สุด เมื่อผู้ป่วยขอเพิ่มปริมาณของยาแก้ปวด	.67	.47
11. การรักษาดังกล่าวต่อไปนี้เป็นช่วยลดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.26	.44
12. อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นผลมาจาก...	.49	.50
13. การรักษาดังกล่าวต่อไปนีช่วยลดอาการคลื่นไส้ “ยกเว้น”	.37	.48
14. ในการให้สารน้ำและสารอาหาร (เช่น ทางสายยาง, ทางเส้นเลือด) คำกล่าวในข้อใดไม่เป็นความจริง	.56	.49
15. อาการดังกล่าวในข้อดังต่อไปนี้ แสดงถึงภาวะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ยกเว้น”	.78	.41
16. อุปสรรคในการติดต่อสื่อสารของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตประกอบด้วย	.94	.24

ตาราง 11 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<i>M</i>	<i>SD</i>
17. องค์ประกอบที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตคือ	.85	.36
18. สิ่งที่สำคัญที่ควรคำนึงหรือตระหนักถึงคือ	.89	.31
19. ภาวะเศร้าโศก...	.40	.49
20. อะไรที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต	.96	.20

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ (*N*=112)

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<i>M</i>	<i>SD</i>
1 ฉันเอาใจใส่ต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	2.21	.52
2. ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความโศกเศร้าในการสูญเสีย	1.92	.60
3. ฉันสัมผัสผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน	2.25	.65
4. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเสมือนญาติของตนเอง	2.37	.63
5. ฉันไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวระบายความรู้สึก	.39	.79
6. ฉันรับฟังผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวด้วยความเต็มใจ	2.48	.50
7. ฉันแสดงออกให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเห็นว่าฉันเข้าใจในความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของเขา	2.09	.66
8. ฉันศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	1.54	.61
9. ฉันฝึกฝนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการได้ทุกด้าน	1.58	.59
10. ฉันประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สอดคล้องกับผู้ป่วยและครอบครัว	1.76	.50
11. ฉันค้นหาปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ/หรือครอบครัวของผู้ป่วย	1.79	.58
12. ฉันช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.20	.53

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<i>M</i>	<i>SD</i>
13. ฉันช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามความเชื่อของเขาในวาระสุดท้ายของชีวิต	2.04	.77
14. ฉันประสานงานและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม	1.98	.71
15. ฉันไม่สื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพขณะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.27	.60
16. ฉันประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและผลงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	1.25	.63
17. ฉันมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1.46	.68
18. ฉันแนะนำตัวเองต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวฉัน	1.85	.75
19. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจในคุณภาพการดูแลของฉัน	2.17	.59
20. ฉันทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าฉันสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี	2.06	.61
21. ฉันให้ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาที่ดีแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในการดูแล	2.04	.59
22. ฉันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ว่าฉันจะอยู่กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวไม่ทอดทิ้งเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ	2.08	.60
23. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน	2.37	.57
24. ฉันให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ/หรือครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้	2.39	.57
25. ฉันทำทุกวิถีทางเพื่อปกป้องให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการพยาบาลและการรักษาที่เหมาะสมในวาระสุดท้ายของชีวิต	2.09	.57
26. ฉันไม่ยึดหลักจริยศาสตร์และกฎหมายควบคู่กันเสมอเมื่อพบความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.68	.72
27. ฉันให้ข้อมูลภายใต้ความเป็นจริงแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนชีวิต	2.17	.56

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<i>M</i>	<i>SD</i>
28. ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยระยะสุดท้ายในฐานะบุคคลคนหนึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถรับรู้ได้แล้วก็ตาม	2.55	.55
29. ฉันตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้ดีที่สุดแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต	2.54	.53
30. ฉันขอยกมือเมื่อพบกับอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.85	.66
31. ฉันหาทางแก้ไขเมื่อพบกับอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1.96	.59
32. ฉันบอกกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวว่าฉันจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นก็ตาม	2.00	.65
33. ฉันรักษาคำสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	1.98	.61
34. ฉันไม่ตอบสนองความต้องการการดูแลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับการร้องขอ	.56	.76
35. สิ่งที่ฉันควรทำให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ฉันเองต้องการทำแบบนั้นด้วยเสมอ	1.87	.72
36. ฉันดูแลสุขภาพและรูปร่างของฉันให้แข็งแรงเสมอในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1.88	.69
37. ฉันควบคุมสีหน้าและน้ำเสียงในเหตุการณ์ที่สร้างความรู้สึกรบกวนกระเทือนจิตใจของฉันเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	2.05	.58
38. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างมีอาชีพในทุก ๆ เรื่อง	1.76	.63
39. ฉันแสดงความชื่นชมครอบครัวที่ช่วยกันดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.21	.67
40. ฉันแสดงออกถึงความต้องการการได้รับความเคารพและการให้เกียรติจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และทีมสุขภาพ	2.11	.78

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานวิจัยและบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๒๕๕๗
 ที่ มอ ๒๐๐/๓๒๑๑ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๖
 เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ด้วย นายเดชทัต อัครธนาภิรักษ์ รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษา
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
 มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแล
 แบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรารณ
 คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำ
 วิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้
 นายเดชทัต อัครธนาภิรักษ์ เก็บข้อมูล ณ แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม
 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๖ - มีนาคม
 ๒๕๕๗ เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริยญา เชาวลิต)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน
๒. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก
๓. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม
๔. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๓๗๖๖



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

๑๓) ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ด้วย นายเดชทัต อัครธนาธิกร รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อม
ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามี
ความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้
นายเดชทัต อัครธนาธิกร เก็บข้อมูล ณ แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม
และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๖ - มีนาคม ๒๕๕๗
เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริญญา เชาวลิต)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร (๐๗๔) ๒๘๖๕๖๑

โทรสาร (๐๗๔) ๒๘๖๔๒๑

สำเนาเรียน

๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน
๒. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก
๓. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม
๔. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๓ ๒๖๕



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

๑๗) ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

ด้วย นายเดชทัต อัครธนาธิกร รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อมความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรารณ คังสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้นายเดชทัต อัครธนาธิกร เก็บข้อมูล ณ แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตรัง ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๖ - มีนาคม ๒๕๕๗ เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริญญา เชาวลิตร)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร (๐๗๔) ๒๘๖๕๖๑

โทรสาร (๐๗๔) ๒๘๖๔๒๑

สำเนาเรียน

๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน

๒. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก

๓. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม

๔. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/ ๓๒๖๓



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.ปณ. ๙ ปทผ.คองส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

๑๓) ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ด้วย นายเดชทัต อัครธนาธิกร รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อม
ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามี
ความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้
นายเดชทัต อัครธนาธิกร เก็บข้อมูล ณ แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม
และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๖ -
มีนาคม ๒๕๕๗ เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรณญา เชาวลิต)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร (๐๗๔) ๒๘๖๕๖๑

โทรสาร (๐๗๔) ๒๘๖๔๒๑

สำเนาเรียน

๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน
๒. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก
๓. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม
๔. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/ ๓๒๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตึก ปณ. ๙ ปทผ.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชรีพระเกียรติ

ด้วย นายเดชทัต อัครณารักษ์ รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อม
ความรู้ และพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามี
ความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้
นายเดชทัต อัครณารักษ์ เก็บข้อมูล ณ แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม
และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ชรีพระเกียรติ ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๖ - มีนาคม
๒๕๕๗ เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรณูญา เชาวลิต)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร (๐๗๔) ๒๘๖๕๖๑

โทรสาร (๐๗๔) ๒๘๖๔๒๑

สำเนาเรียน

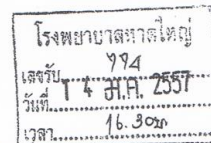
๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน

๒. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก

๓. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม

๔. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๐๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

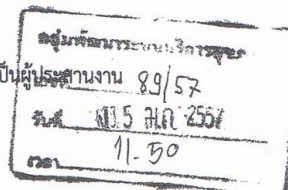
ตู้ ปณ. ๙ ปทพ.คอหงส์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

๑๐ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ และขอให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ประสานงาน
เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่



ด้วยนายเดชทัต อัครนารักษ์ รหัสนักศึกษา ๕๕๑๐๔๒๐๐๐๑ นักศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเตรียมความพร้อม
ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรารณ คณสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามี
ความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้
นายเดชทัต อัครนารักษ์ เก็บข้อมูล ณ แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอ
ผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๕๗ เพื่อนำไปประกอบ
การศึกษาค้นคว้าในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป โดยมีนางสาวเสาวลักษณ์ ทองขาว พยาบาลวิชาชีพ
ระดับชำนาญการ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ร่วมประสานงาน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือ
วิจัย เรื่อง “การเตรียมความพร้อม ความรู้และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
พยาบาลจบใหม่”

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(1530)

มอบกลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ขอแสดงความนับถือ

L W

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัชนัย นะแสง)

14 มี.ค. 2557

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน ทน.ก.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- เพื่อโปรดทราบ และดำเนินการแจ้ง
- ประธานคณ.กสมมรศ๐๒๕
วิมลพร ๒๕๕๗

ร.ม.๑.๑

สำนักงานเลขานุการ

โทร (๐๗๔) ๒๘๖๕๖๑ , โทรสาร (๐๗๔) ๒๘๖๔๕๗

สำเนาเรียน

๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน
๒. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก
๓. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม
๔. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม

• ร.ท.ท. ท.ท.ท.ท.
• ก.ท.ท.ท.ท.ท.ท.
๒๗.๒๕๕๗
๒๗.๒๕๕๗
๒๗.๒๕๕๗

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วังจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณอรพรรณ ไชยเพชร พยาบาลชำนาญการ 8
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	เดชทัต อัครนารักษ์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510420001	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	2554

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษ

ทุนอาจารย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

เดชทัต อัครนารักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และเขวรัตน์ มัชฌิม. (กำลังรอตีพิมพ์). ความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.