

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ตลอดจนศึกษาความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่พัฒนาขึ้น

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1.2 เพื่อสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจ โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่มหลักได้แก่

1) กลุ่มพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย

(1) ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติการทั้ง 11 แผนกพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 133 คน (กำลังพลกองการพยาบาล มกราคม 2554)

(2) ผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วยแพทย์และญาติผู้ป่วยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่

ก) แพทย์ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ชำนาญการดูแลเฉพาะทางก็จะต้องมีประสบการณ์

มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) คือจากการบอกต่อและแนะนำจาก อาจารย์แพทย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อแนะนำผู้ที่มีประสบการณ์และยินดีในการให้ข้อมูลมากที่สุด (Information – rich cases) จำนวน 5 คน

ข) *ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย* ซึ่งผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติแบบ เฉพาะเจาะจงเพื่อให้ข้อมูลที่สุดคือเป็นสามีภรรยาหรือบุตรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไปและคัดเลือกจากหอผู้ป่วยที่ญาติเฝ้าผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลตาม จุดประสงค์การวิจัยมากที่สุด ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีความสมัครใจจำนวน 5 คน

(3) *ผู้ประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม* คือกลุ่มตัวอย่างที่เข้า โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คัดเลือก จากพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม มีคะแนนจากแบบสอบถามต่ำกว่า 3 ในรายชื่อ จำนวน 54 คน และเป็นผู้สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยติดต่อด้วยตนเอง จึงได้จำนวน ผู้เข้าร่วมในโปรแกรม 30 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ตอน ซึ่งแต่ละตอนแตกต่างกันดังนี้
ตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบ สทนทนา

ตอนที่ 2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เครื่องมือตอนที่ 1 และตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างด้วยตนเอง ส่วน ตอนที่ 2 ได้นำโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมของคุณศิริมา ทองดีมาประยุกต์ ร่วมกับสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ได้จากตอนที่ 1

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์ โดยขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่ หัวหน้าแผนก พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขึ้นตอนการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับและขอ ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติการทั้ง 11 แผนกพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 133 คน (ข้อมูลจากกำลังพล กองการพยาบาล มกราคม 2554) ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) การเก็บข้อมูลจากการสนทนาที่ได้จากแพทย์และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีการกำหนดวันเวลาในการสนทนา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา การบันทึกบทสนทนา และมีการลงรหัสบันทึกการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3) การเก็บข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยแจกแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม หลังจากเข้าโปรแกรมแล้ว โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) แบบสอบถาม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

2) การสนทนา เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และรูปแบบของโปรแกรมที่ต้องการพัฒนา การนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยการจัดระบบความหมายและข้อความที่ได้จากการถอดเทป และจากการจดบันทึก

3) การประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยจากแบบสอบถามและการสนทนา ได้ดังนี้

1.3.1 วิเคราะห์สภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในภาพรวมขณะที่สำรวจสภาพการณ์ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 สถานภาพโสด ร้อยละ 50.8 ระดับการศึกษาร้อยละ 79.4 จบปริญญาตรี พยาบาลจากกองอายุรกรรมมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ

27.9 โดยร้อยละ 41.3 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6-10 ปี จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลปฏิบัติงานตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 เคยอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยร้อยละ 60.5 และไม่เคยอบรมกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เกี่ยวกับ ร้อยละ 79.1

เมื่อพิจารณาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลแยกตามรายด้านตามกระบวนการพยาบาลพบข้อที่ควรพัฒนา มีดังนี้

1) **ขั้นตอนประเมินสภาพ (Assessment)** พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50, SD = .56$) รองลงมา คือ ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การพยาบาล ($\bar{X} = 4.47, SD = .56$) และลำดับต่ำสุดคือ มีการประเมินนี้ ร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X} = 4.10, SD = .74$)

2) **ขั้นตอนการวางแผน (Planning)** พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.26, SD = .59$) รองลงมาคือให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย พระมงกุฎเกล้า ($\bar{X} = 4.06, SD = .77$) และลำดับต่ำสุดคือ วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ (เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา) และสภาพของครอบครัว ($\bar{X} = 3.97, SD = .75$)

3) **ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)** พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ในด้านปกป้องผู้ป่วยในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาลถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สติ เช่นการปิดม่านเพื่อไม่เปิดเผยผู้ป่วยขณะเช็ดตัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50, SD = .67$) รองลงมาให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหลักสะอาดปราศจากเชื้อทุกรายแม้ไม่มีผู้ใดอยู่ ($\bar{X} = 4.49, SD = .64$) และลำดับต่ำสุดคือจะดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วย ตามมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยงดการใส่เครื่องช่วยหายใจและให้หัตถการแก่ผู้ป่วยมี severe brain damage จาก Cerebral hemorrhage ($\bar{X} = 3.37, SD = 1.25$) และการสนทนาแพทย์ได้ข้อมูลคือ “คิดว่าคนไทยยังไม่รู้จักกฎหมายฉบับนี้นักกรวมทั้งพยาบาลด้วย อาจทำให้สับสนได้” “ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นหนังสือแสดงเจตนาฯที่ชัดเจน”

4) **ขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation)** พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าขั้นตอนประเมินผล (Evaluation) ผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะ

ระบบที่ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.41$, $SD = .58$) รองลงมาคือร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.30$, $SD = .71$) และจากการสนทนากับแพทย์ให้ข้อมูลคือ “พยาบาลที่เก่งๆจะประเมินได้ดีกว่าแพทย์ บางทีแพทย์ต้องอาศัยข้อมูลของพยาบาลในการดูแล” และลำดับต่ำสุดคือให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.19$, $SD = .88$) จากการสนทนากับญาติผู้ป่วยให้ข้อมูลคือ “พยาบาลไม่ค่อยพูดให้ฟังว่าผลเป็นอย่างไร ให้ถามจากหมอเอง”

1.3.2 พัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กำหนดแนวทางพัฒนา จากสภาพปัญหาที่พบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ แนวทางการพัฒนา คือ มีการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยครอบคลุม สภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วย โดยแนวทางการประเมินร่วมกันตามแบบ ประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผนอบรมตามโปรแกรม พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล และปรับปรุงการประสานงาน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน แนวทางการพัฒนา คือ พัฒนางองค์ความรู้ด้านการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสภาพครอบครัว ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผนอบรมตาม โปรแกรม จัดทำคู่มือวิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และจัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพัฒนา คือ พัฒนางองค์ความรู้ด้านกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และความรู้ด้านจริยธรรม การใช้เหตุผลทางจริยธรรม เพื่อสามารถมีความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จัดทำสถานการณ์การฝึกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อช่วยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยการฝึกกลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการตัดสินใจโดยใช้สถานการณ์/กรณีศึกษา มีการระดมสมอง และจัดตั้งคณะกรรมการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล แนวทางการพัฒนา คือ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ประเมินผลให้กับกลุ่มตัวอย่างที่อบรมเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยประเมินผลในอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเศร้า กังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร อาการเหนื่อย ภาวะความสบายกายใจ โดยระดับการวัดถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ

ผู้วิจัยได้นำแนวทางทางพัฒนาตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ที่กล่าวมา กำหนดเป็น โปรแกรมการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย

แผนการสอน ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้านจริยธรรม การใช้เหตุผล จริยธรรมโดยการฝึกสมาธิ สวดมนต์ ด้านกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมจากกรณีศึกษา/สถานการณ์จำลอง

คู่มือการสอน ชื่อสุข รัก เข้าใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative care ซึ่งเขียนโดยวิทยากรคือ แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร เพื่อเป็นสื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เรียนรู้ในเนื้อหาสาระการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับ Palliative Care วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย การดูแลอาการต่างๆ และการประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

1.3.3 ประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพยาบาลผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยส่วนใหญ่มีระดับมากที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือกิจกรรมระหว่างโปรแกรมสอดคล้องและเสริมทักษะในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.80$ $SD = 0.41$) และต้องการให้ขยายผลต่อไป

2. อภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สามารถอภิปรายผลการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

2.1 สภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.1.1 ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าประสบการณ์การทำงานกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการศึกษา มีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา ด้านผาทอง (2552) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ เพิ่มขึ้นตามอายุและประสบการณ์การทำงานด้านพยาบาล และจากการศึกษาของ Beauchamp & Childress (2001) พบว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และมีประสบการณ์ และผลการศึกษาของ Fry & Johnstone

(2002), Jenks (1993) พบว่า พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์

2.2.2 ขั้นตอนประเมินสภาพ (Assessment) พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50, SD = .56$) รองลงมา คือ ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การพยาบาล ($\bar{X} = 4.47, SD = .56$) และลำดับต่ำสุดคือ มีการประเมินนี้ ร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X} = 4.10, SD = .74$) อธิบายได้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่ประเมินแต่สภาพร่างกาย ยังไม่มีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุล (Watson 1985) อีกทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพยังปฏิบัติกันน้อย (วันทิวา วัฒนะ โขติ 2540)

2.2.3 ขั้นตอนวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.26, SD = .59$) รองลงมาคือให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย พระมงกุฎเกล้า ($\bar{X} = 4.06, SD = .77$) จากการสนทนากับญาติผู้ป่วยได้ข้อมูลคือ “ร่วมกันวางแผนบ้าง แต่เวลาพยาบาลมีน้อย” และลำดับต่ำสุดคือ วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ (เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา) และสภาพของครอบครัว ($\bar{X} = 3.97, SD = .75$) จากการสนทนากับแพทย์ได้ข้อมูลคือ “วางแผนร่วมกันเป็นบาง Case พยาบาลที่มีประสบการณ์จะอธิบายเยอะ แต่หมอต้องการข้อมูลกระชับหน่อยเพื่อวางแผนได้เร็ว” จากการสนทนากับญาติผู้ป่วยได้ข้อมูลคือ “ไม่ได้ร่วมวางแผนเนื่องจากพยาบาลบางคนถามอะไรก็ไม่ค่อยรู้ ให้ถามแพทย์” อธิบายได้ว่าพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอที่จะวางแผนครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคลาเมอร์และคณะที่ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในรัฐคอนเนกติกัต พบว่าร้อยละ 30 ให้ความเห็นว่าไม่มีความรู้พอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (Cramer et al. 2003) ความรู้ประสบการณ์ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของบุคคล (McCormick and Ligen 1985) พยาบาลที่มีอายุ ประสบการณ์สูงสามารถให้เหตุผลเชิงจริยธรรมได้ดีกว่า (Crisham 1981, Ketefian 1981;1985) และพยาบาลกับแพทย์มักมีปัญหาในการสื่อสารกันเสมอเนื่องจากพยาบาลเวลาเล่าเรื่องจะให้รายละเอียดมากในขณะที่แพทย์ต้องการข้อมูลที่กระชับเพื่อความรวดเร็วในการตัดสินใจ (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล 2551)

2.2.4 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าขั้นตอน การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing) ในด้านปกป้องผู้ป่วยในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สติ เช่นการปิดม่านเพื่อไม่ให้เปิดเผยผู้ป่วยขณะเช็ดตัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50$, $SD = .67$) และจากการสนทนาญาติผู้ป่วยให้ข้อมูลคือ “ไม่เคยพบเหตุการณ์พยาบาลไม่ระวัง เห็นเข้ามาพลิกตัว พุดกับคนไข้มัไม่รู้ตัวแล้ว” รองลงมาให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหลัก สะอาดปราศจากเชื้อทุกรายแม้ไม่มีผู้ใดอยู่ ($\bar{X} = 4.49$, $SD = .64$) และลำดับต่ำสุดคือจะดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วย ตามมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยงดการใส่เครื่องช่วยหายใจและให้หัตถการแก่ผู้ป่วยมี Severe brain damage จากCerebral hemorrhage ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 1.25$)และการสนทนาแพทย์ได้ข้อมูลคือ “คิดว่าคนไทยยังไม่รู้จักกฎหมายฉบับนี้นัก รวมถึงพยาบาลด้วย อาจทำให้สับสนได้” “ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นหนังสือแสดงเจตนาที่ชัดเจน” อธิบายได้ว่าพยาบาลยังไม่มีความรู้ในกฎหมายใหม่ที่เกิดขึ้นได้แก่กฎหมายมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการทำงาน ในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติจะเลือกปฏิบัติในทางที่ไม่เกิดผลเสียกับตนเอง (Ellis and Hartley, 1998) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะแตกต่างกันตามประสบการณ์(สรวิศสุดา ชลัมพูน 2545) บรรยายภาพทางจริยธรรมภายในองค์กรและวัฒนธรรมองค์กร (รสสุคนธ์ ชื่นตา 2546)

2.2.5 ขั้นตอนการประเมินผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าขั้นตอนประเมินผล (Evaluation)ผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.41$, $SD = .58$) รองลงมาคือร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.30$, $SD = .71$) และจากการสนทนากับแพทย์ให้ข้อมูลคือ “พยาบาลที่เก่งๆจะประเมินได้ดีกว่าแพทย์ บางทีแพทย์ต้องอาศัยข้อมูลของพยาบาลในการดูแล” และลำดับต่ำสุดคือให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.19$, $SD = .88$) จากการสนทนากับญาติผู้ป่วยให้ข้อมูลคือ “พยาบาลไม่ค่อยพูดให้ฟังว่าผลเป็นอย่างไร ให้ถามจากหมอเอง” อธิบายได้ว่าพยาบาลจะมุ่งเน้นในด้านการดูแลแต่ด้านร่างกายผู้ป่วย เช่นการดูแลด้านความเจ็บปวด ซึ่งตรงกับการศึกษาของเมอร์เก็น และพบว่าพยาบาลมักปลื้มใจจากผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Mirken 1998) ซึ่งเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (WHO 1990) แม้ในการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมักจะพบปัญหาเสมอในการที่จะบอกความจริงกับญาติ ถ้าพยาบาลนำหลักการเอื้ออาทรระหว่างบุคคลที่สำคัญคือผู้รับบริการซึ่งถือเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล จะเป็นหลักจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล (Fry 1994)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งปλοบโยนครอบครัวของ

ผู้ป่วยด้วย (สถาพร 2552: 26-27) การพยาบาลแบบองค์รวม และพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอิงตาม ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งตรงกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายตามหลักขององค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 2002 มีสาระสำคัญสรุปได้คือ การให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การบรรเทาอาการปวดทางด้านร่างกาย ตลอดจนการ ช่วยเหลือด้านอื่นๆ ให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ได้ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย พยาบาลควรมีความ ตระหนักในการมีจริยธรรม ควรมีความรักในวิชาชีพ พยาบาลควรทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วย ความตั้งใจ ใช้ปัญญาในการแสวงหาความรู้ และประพฤติปฏิบัติที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ให้ มากที่สุด (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ 2547) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและอุทิศตนเพื่อวิชาชีพ

2.2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมโดยได้แนวคิดผสมผสานคือการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การใช้เหตุผลจริยธรรม และกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มา กำหนดเป็นโปรแกรมการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย

2.2.1 แผนการสอน

1) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยครอบคลุม สภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วย โดยแนวทางการประเมินร่วมกันตามแบบประเมิน ผู้ป่วยแรกรับ ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผนอบรมตามโปรแกรม ถ้า พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยครอบคลุมนอกเหนือจากด้านร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยได้ดูแลครบองค์ รวม โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของสิดาร์ตันที่ได้ทำการวิจัยเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยคือผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านการมี ความหมายและเป้าหมายของชีวิตค่อนข้างสูง การต้องการด้านจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ต้องการความเอื้ออาทร กำลังใจ ต้องการทำบุญตามแนวทางของศาสนา มีความเชื่อเรื่องผลบุญ ส่วน ในด้านความหวังมีความเชื่อเรื่องคุณงามความดีช่วยให้อาการทุเลา และจากไปอย่างสงบ (สิดาร์ตัน สมัครสมาน 2550) การประทับประคองมิติด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีการตายอย่างมีความสุขด้วย (สุ ภรณ์ แนวจำปา 2554) พยาบาลต้องมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ให้บริการด้วยภาพลักษณ์ที่แจ่มใส พร้อมให้ความช่วยเหลือดูแล มีการบันทึก การรายงาน การตัดสินใจแก้ปัญหา (พิมพ์พรรณ ศิลปะ สุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ 2543) พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างแพทย์และ พยาบาล ในการสื่อสารอาจทำเป็นสองทางการสื่อสารจากจากล่างขึ้นบน และการสื่อสารแบบไม่ เป็นทางการ ถ้าได้พัฒนาด้านการสื่อสารจะทำให้เกิดบรรยากาศในการสื่อสาร ความพึงพอใจใน

งาน (กัลยิมา โตกะคุณะ 2541) ปรับปรุงการประสานงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในวัตถุประสงค์เดียวกัน ไม่เกิดความขัดแย้งในการทำงาน (วาสนา สุขไพศาล 2546) ขจัดอุปสรรคการสื่อสารโดยเข้าใจในบทบาทของแต่ละคนในการทำงาน ทำให้ป้องกันการขัดแย้งได้ เมื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ควรให้ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสภาพครอบครัว ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลควรประทับใจประคองจิตใจของครอบครัวด้วย มีความเข้าใจและเห็นใจ (กองงานวิทยาลัย 2548) ในความคิดเห็นของคุณอรอุมาในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาติควรเพิ่มในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทางเลือกการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความอบอุ่นทางจิตใจ โดยมีการยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ให้เวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้นของผู้ป่วยและญาติ (อรอุมา เฟงพิณิจ 2551) พลังปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดการบำบัดเยียวยาทั้งในตัวผู้ป่วยและตัวพยาบาลเอง (Watson 1996) การที่แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การไม่ปิดบังข้อมูลการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะต้องการการมีส่วนร่วมในการรักษา เช่นสามารถกำหนดเวลาให้อาหารเองได้ กำหนดเวลารับประทานเองได้บ้าง และไม่ต้องรับการถูกทอดทิ้ง หรือไม่มีใครสนใจ ยังต้องการช่วยเหลือในระยะเวลาต่างๆของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ และระยะซึมเศร้า (ฉัตรมน นามวงษ์ 2540) ซึ่งการศึกษาภาวะจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตายสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือการได้รับความเอาใจใส่จากผู้ใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้โดดเดี่ยว ต้องการคนอยู่ข้างเคียง ผู้ดูแลซึ่งก็คือญาติและพยาบาลซึ่งใกล้ชิดที่สุดควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่ควรประเมินสภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยว่า ความต้องการนั้นอยู่ในสภาวะอารมณ์และจิตใจที่ปกติของผู้ป่วย หากไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ควรชะลอไว้ก่อน (สุมาลี นิมนานนิตย์ 2552)

2) ความรู้ด้านกฎหมายมาตรา 2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และจริยธรรม การใช้เหตุผลทางจริยธรรมเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการบรรยาย สวดมนต์ และนั่งสมาธิ ซึ่งทำให้ภาวะจิตตั้งมั่น ทำให้เกิดการผ่อนคลายในระดับลึกได้ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การอนามัยโลก 2544) ซึ่งถ้ามีการจัดการความรู้ที่ดีให้กับพยาบาล จะทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีกับกลุ่มงานพยาบาล (นันทรัตน์ ศรีนุ่นวิเชียร 2548) ในการจัดการความรู้โดยให้มีการรวมตัวกันจะเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (อนุวัฒน์ สุภวิษุติกุล 2547) ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์การได้ (บุญดี บุญกิจและคณะ 2548)

3) การฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม โดยจัดทำสถานการณ์การฝึก การตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อ ช่วยการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โดยการฝึกกลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการตัดสินใจ โดยใช้สถานการณ์ /กรณีศึกษา มีการระดมสมอง พยาบาลที่ได้รับการพัฒนากระบวนการตัดสินใจทำให้สามารถตัดสินใจเชิง จริยธรรมได้ดีขึ้น (ศศิ อยู่สุขจิ 2544; จินตนา ทองเพชร 2545 และศิริมา ทองดี 2550) การที่ได้ แลกเปลี่ยนความคิด มีการอภิปรายร่วมกัน ทำให้การตัดสินใจเกิดกระบวนการที่ดี (ปทีป เมฆคุณวุฒิ 2542) จัดตั้งคณะกรรมการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากพยาบาล พบปัญหาในการทำงาน ทั้งนี้สาเหตุอาจมาจากหลักสูตรการศึกษาหรือการอบรมไม่ได้เตรียม พยาบาลสำหรับเผชิญภาวะดังกล่าว (ฐิติมา โพธิ์ศรี 2550) และข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม โปรแกรม ว่าเมื่อมีปัญหาในการทำงานไม่สามารถตัดสินใจได้ ไม่มีผู้ให้คำแนะนำทำให้เกิดข้อผิดพลาดในงาน ถ้ามีผู้ให้คำแนะนำหรือผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ไม่เกิดความวุ่นใจ สอดคล้องกับการวิจัยของ สุพัตรา ใจโปร่ง (2554) ที่ว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ เมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยจะ เล่าสู่กันฟัง มีการเรียนรู้ด้วยกันเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดซ้ำ

2.2.2 *คู่มือการสอน* ชื่อสุข รัก เข้าใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative care การ ดูแลผู้ป่วย ซึ่งคู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาสาระที่ทำให้ผู้เข้าโปรแกรมมีหลักในการดูแลผู้ป่วยในด้านการ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ การดูแลอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถประเมินอาการที่พบ บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับญาติโดยใช้แบบประเมินอาการที่เรียกว่า Edmonton Symptoms Assessment System เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลและญาติผู้ป่วย ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ โสพรรณ โพทะยะ (2544) ที่ว่าพยาบาลสามารถแสดงบทบาทในการ ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองที่อธิบายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการเรียนรู้และพัฒนาได้ โดยมีเกณฑ์ประเมินผลให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ อบรมเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเศร้า กังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร อาการเหนื่อย ภาวะความสบายกาย และใจ โดยระดับการวัดถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ การมีแบบ ประเมินอาการนี้ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเป็นแนวทางทางเดียวกัน เนื่องจาก พยาบาลแต่ละคนมีประสบการณ์ต่างกันในการทำงาน ทำให้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน (อา ริญา ด่านผาทอง 2552) การมีคู่มือจะทำให้มีการสื่อสารที่ตรงกัน และการสื่อสารที่ดีต้องอยู่บน พื้นฐานที่ถูกต้อง (ชนนิกานต์ อุตระมาตร 2550) พยาบาลวิชาชีพควรจัดการให้มีกระบวนการสื่อสาร

ข้อมูลที่เหมาะสมระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว (กองการพยาบาล สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2542) นอกจากนี้การทำบรรยากาศการสื่อสารที่ดีจะทำให้เกิด ความพึงพอใจในการสื่อสารด้วย (กัลยิมา โดคะคุณะ 2541) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูล แก่ญาติและผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อ ระยะเวลาหนึ่งที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ไชยเพชรและคณะ 2551) ฉะนั้นการที่มีแนวทางในการให้ ข้อมูลกับพยาบาลในการปฏิบัติงานจะทำให้พยาบาลมีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของทริยาคิส (Triandis 1971)

2.3 ความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุด และ ต้องการให้ขยายผลต่อไป เนื่องจากการที่ผู้ปฏิบัติเข้ามีส่วนร่วม สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่าง อิสระ ก่อให้เกิดความมีชีวิตชีวา (ชนนิกานต์ อุตระมาต 2550) นอกจากนี้กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ มองเห็นคุณค่าของโปรแกรมจนเกิดความพึงพอใจเนื่องจากโปรแกรมห่วงคำนี้ สามารถทำให้ ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะ สูงขึ้นได้ (ศิริมา ทองดี 2549)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่อายุงานปีขึ้นไปมีเพียง 133 คน และได้รับข้อมูลจากแบบสอบถามกลับมาเพียง 129 คน อีกทั้งผู้เข้าร่วม โปรแกรมมีเพียง 30 คนเนื่อง ด้วยภาระงาน ที่ว่าบุคลากรมีภาระงานมาก และเวลาปฏิบัติงานไม่ตรงกัน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ ได้ อีกทั้งภาวะขาดแคลนพยาบาลเนื่องจากพบปัญหาลาออก ย้ายงานเนื่องจากต้องการ ตำแหน่ง ทำให้การแปรผลไม่ชัดเจน และใช้ได้เฉพาะบริบทของโรงพยาบาลทหาร เนื่องจากการวิจัยนี้มี ข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ การ พัฒนาโปรแกรมโดยได้แนวคิดจากคุณศิริมา ทองดี และศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือพยาบาลได้ประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 ฝ่ายการพยาบาล ควรพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล การพัฒนาจริยธรรม และฝึกอบรมความรู้ด้านกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2550 รวมทั้งมีการฝึกสถานการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดทักษะในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2 นำโปรแกรมไปใช้ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทั้งในกลุ่มที่เข้าอบรมและอบรมในพยาบาลกลุ่มใหม่ มีการติดตามผลทุกปี

3.1.3 สถานศึกษา นอกจากมีหลักสูตรการฝึกสถานการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรม แนะนำให้เสริมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นให้กับนักศึกษาพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ติดตามและประเมินผลผู้เข้าร่วมโปรแกรมในการนความรู้การตัดสินใจ เชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงอย่างเต็มรูปแบบ

3.2.2 ศึกษาผลของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลอื่นๆเช่น โรงพยาบาลของกองทัพเรือ กองทัพอากาศและโรงพยาบาลสาธารณสุข

3.2.3 ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการคงอยู่ของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่เข้าโปรแกรม

