

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้
และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้

และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ



Handwritten signature

พ.ต.ท. หญิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา
ผู้วิจัย

Handwritten signature

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรีดา มั่นคง
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

Handwritten signature

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

Handwritten signature

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
M.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

Handwritten signature

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหาร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะ

ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

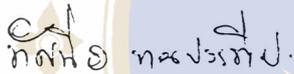
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 24 กันยายน 2551



พ.ต.ท. หุยิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ทศนีศ ทองประทีป
Ph.D. (Nursing Educator)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์ วรรณภา ประไพพานิช
Ph.D. (Nursing Administration)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



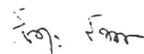
รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรีดา มั่นคง
Ph.D. (Gerontological Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
M.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง และ รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป อาจารย์ สมทรง จูไร ทศนีย์ และ อาจารย์ พัชรี เจริญพร ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ แก่ผู้วิจัยอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณกำลังใจที่ยิ่งใหญ่จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง และเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 13 ทุกท่าน

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ พ่อ คุณแม่ ญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้าน คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนร่วมวิชาชีพพยาบาลและผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกท่าน

พ.ต.ท. หญิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ (THE EFFECT OF A SUPPORTIVE EDUCATIONAL, END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON KNOWLEDGE AND PERCEIVED SELF-EFFICACY OF PROFESSIONAL NURSES)

แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา 4736910 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING),
ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy theory) ของ แบนดูรา เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน แผนกศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และสูติ-นารีเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANOVA ชนิด one-way repeated measure design

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาล นำโปรแกรมดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย / ผู้ป่วยระยะสุดท้าย / ความรู้ / การรับรู้สมรรถนะในตนเอง / พยาบาลวิชาชีพ

THE EFFECT OF A SUPPORTIVE EDUCATIONAL, END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON KNOWLEDGE AND PERCEIVED SELF-EFFICACY OF PROFESSIONAL NURSES

PRAEWPHAN PRAMOJ NA AYUTTHAYA 4736910 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORS: SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (NURSING ADMINISTRATION)

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to conduct a study of the effect of a supportive educational, end-of-life care program on knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses. This research framework was guided by Bandura's self-efficacy theory. The subjects of this research were nurses working in the departments of surgery, medicine, pediatrics, obstetrics and gynecology in the Police General Hospital in Bangkok. One group of 60 subjects was selected by purposive sampling. Each test was conducted in 3 trials. The subject group undertook the program, and the results were recorded as knowledge and perceived self-efficacy scores. The data were presented in terms of frequency distribution, with mean, percentage, and standard deviation and analyzed with one-way repeated measure ANOVA statistics.

The result of this study indicated that immediately after finishing the program and at up 4 weeks after the program, the subjects had greater knowledge and perceived self-efficacy than before entering the program at a statistically significant level ($p < .001$). However, in comparing the scores of knowledge and perceived self-efficacy of the subjects, there was no significant different between the scores on immediately finishing the program and those obtained four weeks later ($p > .05$). From the result of this study, it is evident that the supportive educational end-of-life care program promotes greater of knowledge and perceived self-efficacy in professional nurses, and therefore should be used in prospective supporting end-of-life care programs.

KEY WORDS: END-OF-LIFE CARE PROGRAM / END-OF-LIFE PATIENTS / KNOWLEDGE / PERCEIVED SELF-EFFICACY/ PROFESSIONAL NURSES

134 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	7
นิยามศัพท์	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	10
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	30
ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-Efficacy Theory)	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	50
ทดสอบสมมติฐาน	53
บทที่ 5 อภิปรายผล	57
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	66
ข้อจำกัดของงานวิจัย	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	67
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	89
บรรณานุกรม	112
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้วิจัย	134

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับสูงสุดของการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	51
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	53
3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA)	54
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni	54
5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA)	55
6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni	56

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	39
3	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น	40



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสวัสดิภาพของผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ และผู้ที่อ่อนแอ (ANA, 1991) และพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Ferrell, Grant, & Virani, 1999) ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับดีที่สุดในระดับที่สอดคล้องกับสภาพตลอดวงจรของชีวิต นับแต่ปฏิสนธิ ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจำนวนมากที่มีปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ รุมเร้า จากการดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น เจ็บปวด หายใจไม่สะดวก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยบางรายอาจช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาการต่างๆ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งอาจเกินความสามารถของตัวผู้ป่วยและญาติในการดูแล ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจัดการกับอาการเหล่านี้ การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญและเอาใจใส่ในการดูแล

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประกันคุณภาพ รับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมกัน บทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคม เป็นเกณฑ์มาตรฐานหนึ่ง โดยผู้ป่วยและญาติมุ่งหวังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลควรมีความตื่นตัวเรื่องคุณภาพการดูแลทั้งในด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการตอบสนองความต้องการและเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

แพทย์ พยาบาลรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย บรรเทาอาการเจ็บปวดหรือมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานให้น้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีของความ

เป็นมนุษย์ และใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ได้อยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่างๆ ให้ญาติพี่น้องผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ควรมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเข้าใจ ความรู้สึก และปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเอาใจเขามาใส่ใจเรา (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2548) และยึดหลักการดูแลแบบประคับประคองที่เรียกว่า Palliative care คือ มุ่งที่จะทำให้ทั้งผู้ป่วย ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัว โดยเน้นที่การดูแลบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องเป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในต่างประเทศ มีตำราวารสารทางวิชาการ และมีผลการวิจัยออกมาใหม่ๆ มากมาย และมีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งใช้เวลาศึกษาเพิ่มเติม 4-6 เดือน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547; Ferrell et al., 2005) ส่วนการศึกษาของพยาบาลในประเทศไทย ได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาในประเทศไทยพบว่า สถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอน ด้วยวิธีสอดแทรกเนื้อหาไว้ในรายวิชาการพยาบาลต่างๆ (ปราโมทย์ ทองสุข และทัศนีย์ นະแส, 2546) นอกจากนี้ปัจจุบันยังมีการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ระยะเวลาอบรม 8 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ปีการศึกษา 2545 ถึงปัจจุบันมี 6 รุ่นมีจำนวนทั้งสิ้น 54 คน และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ระยะเวลาอบรม 2 เดือน รุ่นที่ 1 เมื่อปีการศึกษา 2550 จำนวน 13 คน (หน่วยทะเบียนและประมวลผลการศึกษา, 2551) ซึ่งการศึกษอบรมที่มีอยู่ในประเทศไทยอาจยังไม่เพียงพอกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพราะมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นทุกวัน มีพยาบาลอีกจำนวนไม่น้อยที่รู้สึกว่าคุณค่าความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอาจกระตุ้นความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หรืออาจรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือมองไม่ออกว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ได้อย่างไร ทำให้รู้สึกลำบากใจหรืออึดอัดใจ ทำให้พยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญกับผู้ป่วย โดยให้เวลากับผู้ป่วยน้อยลงหรือหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย (ธนา นิลชัยโกวิท, 2548) จนทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ปัญหา

เหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากพยาบาลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จึงเป็นบททดสอบที่ยากและท้าทายความสามารถของพยาบาล ในขณะที่เดียวกันอาจก่อให้เกิดความเครียดและความกังวลใจของพยาบาล

จากการศึกษาของ เดกเนอร์ และกาว (Degner & Gow, 1988) เกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ ต่อมาคลาเมอร์และคณะ (Cramer, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler, & Bradler, 2003) ศึกษาทัศนคติในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจำนวน 180 คน จาก 1 ใน 6 ของ โรงพยาบาลในรัฐคอนเนตทิคัตระหว่างปี ค.ศ.1998 -1999 พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีแต่พบว่าพยาบาลมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเองในระดับน้อย ประมาณ ร้อยละ 30 เท่านั้นที่เห็นว่าตนเองมีความรู้ในระดับเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (2548) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมาก่อน ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชศาสตร์ ทั้งในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล รามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 270 คน พบว่า ร้อยละ 42.2 ไม่เคยรับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จะเห็นได้ว่า ความรู้ เป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนาความรู้ การตระหนักรู้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ และเกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามมา ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วย

1. การให้ความรู้โดยการบรรยายเรื่อง

- การจัดการกับอาการ (symptom management)
- การจัดการกับความปวด (pain management)
- การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication)
- การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (psychosocial and spiritual care / ethical issues)

2. การฉายภาพยนตร์เรื่อง “Wit”

3. การวิเคราะห์ กรณีศึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาล ซึ่งแบนดูรา นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้พัฒนาแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเน้นแนวคิด 3 ประการ คือ การเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) การกำกับตนเอง (self-regulation) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self-efficacy) แบนดูรา เชื่อว่าความสามารถของคนเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง คือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น โดยโครงสร้างทฤษฎีอธิบายได้ว่า

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ในระดับใด ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าจะมีความสามารถก็จะมีแสดงออกถึงความสามารถนั้น ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเกิดขึ้นได้โดยมีพื้นฐานการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากแหล่งข้อมูล ซึ่งแบนดูรา ได้เสนอไว้ 4 ประการดังนี้ (Bandura, 1977)

1. การกระทำที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishment) เป็นวิธีการที่เกิดจากประสบการณ์โดยตรงที่จะทำให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลายครั้งซ้ำๆกันย่อมมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จ จะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น

2. การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) หมายถึง การได้เห็นผลงานหรือการกระทำของผู้อื่น ซึ่งได้รับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือการเห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเองและทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำงานนั้นอย่างประสบผลสำเร็จได้

3. การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) หมายถึง การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงโน้มน้าวของบุคคลอื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อใช้พิจารณาความสามารถของตน และทำให้เกิด

ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) หมายถึงสภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บ บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูง จะรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ การลดความกลัวและความกังวลจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

การช่วยให้พยาบาลมีความรู้และรับรู้สมรรถนะในตนเองว่าตนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ นั่นก็คือ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการให้ความรู้ เพื่อเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยคาดหวังว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ และมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงขึ้นซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมหาดังกล่าวประกอบด้วย

1. การบรรยายและการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น เป็นการให้ความรู้และกระตุ้นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการใช้วิธีชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) กระตุ้นให้เกิดความรู้และความตระหนักรู้ ซึ่งได้จากการได้รับการชักจูงโน้มน้าวของบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆมาให้ข้อมูล เมื่อมีความรู้มากขึ้นก็จะทำให้รู้สึกมั่นใจ ลดความกลัว ลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องดังกล่าวได้

2. ภาพยนตร์ เรื่อง “Wit” เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อซึ่งเป็นการได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) ได้เห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมจากตัวแบบ ทำให้เห็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จได้ ตลอดจนเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) โดยภาพยนตร์จะเป็นสื่อให้เห็นแบบอย่างของการกระทำของพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ลดความวิตกกังวลและความกลัวคุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆมากขึ้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

3. การวิเคราะห์กรณีศึกษา กรณีศึกษาเป็นตัวอย่างสถานการณ์ที่คล้ายสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการฝึก การคิดวิเคราะห์ให้เกิดการใช้ความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นการสร้างประสบการณ์ จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishment) ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มสูงขึ้น

4. คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติม เพื่อกระตุ้นเตือนและเป็นการเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกอยู่ในหอผู้ป่วยทั้งใน แผนกศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตำรวจ

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายกลุ่ม ตามโปรแกรมซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) จากแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองซึ่งแบนดูราได้เสนอไว้ 4 แหล่ง คือการได้รับการชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น การกระตุ้นทางอารมณ์ และการกระทำที่ประสบความสำเร็จ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1. การบรรยาย เรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม และการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การฉายภาพยนตร์เรื่อง “Wit”
3. การวิเคราะห์ กรณีศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงความจำและความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง หลักการ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาโดย Howard Tuch and Genesis Elder Care. แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทร์เพ็ญ มโนศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับเนื้อหาของงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ให้เลือกข้อคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อคำตอบ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 5 หัวข้อหลัก ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การจัดการกับความปวด
3. การจัดการกับอาการ
4. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ข้อสรุปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะใกล้ตาย ภาวะเศร้าโศก

นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันเป็นคะแนนรวม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

การรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของพยาบาลที่ว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ซึ่งเป็นการรับรู้ก่อนการกระทำการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งวัดจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งข้อคำถามสอดคล้องกับข้อคำถามความรู้ 20 ข้อ ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert type) 5 อันดับ จาก 1 = ไม่มั่นใจเลย จนถึง 5 = มั่นใจมากที่สุด

นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันเป็นคะแนนรวม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 – 100 คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end-of-life patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีอาการต่างๆทรุดลงเรื่อยๆ ด้วยหลักฐานทางการแพทย์ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน การรักษาและการดูแลที่ให้เป็นการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง การดูแลโดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่ามากที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก มีความอบอุ่นทางจิตใจ รู้สึกผ่อนคลาย จากความกลัวหรือความวิตกกังวล และจากไปอย่างสงบ

พยาบาลวิชาชีพ (professional nurse) หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตขึ้นไปและได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพตามกฎหมาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ และมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้ การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-Efficacy Theory)

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แผนการดูแลที่ให้อาจเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งประกอบด้วย ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (รศพร ปทุมวัน, 2534) ซึ่งมีอาการต่างๆบ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ (ธัสมน นามวงษ์, 2540) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมี 3 ประการ คือ 1) เป็นผู้ป่วยหนักด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือโรคอื่นที่ไม่มีทางรักษาให้หาย 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาทางการแพทย์ได้อีกต่อไป และ 3) ผู้ป่วยที่แพทย์พยากรณ์ว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น 3 เดือนสุดท้าย (อุบล จ้างพานิช, 2544) จากงานวิจัยนี้ สรุปความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีอาการต่างๆทรุดลงเรื่อยๆ ด้วยหลักฐานทางการแพทย์ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน การรักษาและการดูแลที่ให้อาจจะเป็นการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง

จากความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเห็นว่าผู้ป่วยถูกคุกคามได้รับความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดจากอาการต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเมื่อความตาย

มาถึง อาการที่มีผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรเป็นสิ่งที่แพทย์สามารถทำนายได้ แต่สิ่งที่กระทบกระเทือนทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ยากต่อความเข้าใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่างๆ เหล่านี้เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนอง และการปรับตัวกับภาวะการณั้ที่เกิดขึ้นต่าง ๆ กัน

1.2 การตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีวิธีการการปรับตัวและแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายแตกต่างกัน กูเบอร์-รอส (Kubler-Ross, 1969) ได้ลำดับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะช็อกและปฏิเสธ (Stage of shock and denial) เป็นระยะที่บุคคลจะแสดงออกด้วยการกล่าวว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นไม่จริง เป็นไปไม่ได้ หรือไม่ใช่ตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (Stage of anger) ระยะนี้ผู้ป่วย จะเกิดความเสียใจ มีอารมณ์โกรธ โทษผู้อื่น มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว อารมณ์เปลี่ยนแปลง วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และอาจมีอาการร้ายร่วมด้วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยระยะนี้อาจจะแสดงอารมณ์ไม่ดี

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (Stage of bargaining) เป็นระยะที่บุคคลไม่อาจจะปฏิเสธและโกรธสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ แต่จะอยู่ด้วยความหวัง โดยจะให้คำมั่นสัญญากับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ตามความเชื่อของตน เพื่อให้ตนสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (Stage of depression) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ทำให้บุคคลนั้นเก็บตัวเงียบ และอาจแสดงอาการร้องไห้ออกมา เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะนี้เริ่มรู้สึกว่าตนเองกำลังจะสูญเสียทุกอย่างที่มีความหมายสำหรับตน รวมทั้งบุคคลอันเป็นที่รักของตนไป

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (Stage of acceptance) เป็นระยะที่บุคคลยอมรับความจริงถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและเข้าใจว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะเริ่มพูดถึงความตายของตนเองด้วยความรู้สึกที่ดี เริ่มจัดการกับสิ่งต่างๆ ก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิตลง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงานที่ค้างค้างหรือทรัพย์สินของตนเอง เป็นระยะที่บุคคลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อน ต้องการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ อยู่เป็นเพื่อน มีความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆ ลดลงหรือหมดไป

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายทั้ง 5 ระยะไม่จำเป็นต้องดำเนินเป็นขั้นตอนตามลำดับจากกลับไปกลับมาระหว่างขั้นตอนต่างๆ สลับไปมาได้หรืออาจหายไปแล้วเกิดใหม่อีกได้หรืออาจอยู่ในระยะเวลาหนึ่งนาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่เข้ามาสนับสนุนและการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Lawton, 2000) สิ่งสำคัญที่สุด คือ พยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วยในแต่ละระยะ ถ้าพยาบาลทำให้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยในแต่ละระยะจะทำให้สามารถช่วยเหลือประคับประคองภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยให้ผ่านระยะต่างๆไปได้ด้วยดี และใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณค่าและจากไปอย่างสงบ นอกจากนี้ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์แล้วปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การอ่อนล้า ภาวะขาดน้ำ ปัญหาสุขภาพช่องปาก อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาการขับถ่าย แผลกดทับ ภาวะหายใจลำบาก (จอนพะจง เฟิงจาด, ชันนาถุ ณ นคร และสุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, 2548)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายจนแพทย์ไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ ส่วนด้านการดูแลรักษาพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ และได้จากไปอย่างสงบ (peaceful death) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (to die with dignity) ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามสภาพธรรมชาติที่ควรจะเป็น ไม่ได้เสียชีวิตภายใต้กรรมวิธีและเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ (ภักสุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์, 2543)

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แผนการรักษาจากการมุ่งเน้นเพื่อการรักษาให้หาย จะเปลี่ยนเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2539) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า การให้การดูแลเชิงรุกในทุกด้านต่อผู้ป่วยที่กำลังเจ็บป่วยด้วยพยาธิสภาพของโรคคุกคามไม่สามารถรักษาได้ การดูแลโดยมุ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความปวด ความทุกข์ทรมาน การควบคุมอาการต่างๆและปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี (WHO, 1990) จากคำจำกัดความนี้จะเห็นได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองมุ่งที่จะทำให้อาชีพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น โดยเน้นที่การดูแลบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การดูแลดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย จากคำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองสามารถสรุปเป็นเป้าหมายการดูแล (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2548) ได้ดังนี้

1. ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
2. ควบคุมอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ได้อย่างดี
3. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และความสูญเสียต่างๆ ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
4. ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ทำภารกิจต่างๆ ที่ยังหวังกังวลให้สำเร็จ
5. ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยเลือกเอง ถ้าเป็นไปได้) โดยประสบกับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด
6. ป้องกันปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดจากความเศร้าของครอบครัว (bereavement) หลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งเน้น การดูแลบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และจากไปอย่างสงบ ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบนั้น สอดคล้องกับทางพุทธศาสนาดังที่ พระไพศาลเสนอแนวทางไว้ 7 แนวทางดังนี้ (พระไพศาล วิสาโล, 2548)

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกรุมเร้าด้วยความเจ็บปวดทางกายและความหวาดกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ซึ่งอาจสร้างความทุกข์มากกว่าความเจ็บปวดทางกาย ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลจึงควรมีความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ พุดจาปลอบใจ อดทนอดกลั้นเมื่อผู้ป่วยแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว
2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง ผู้ป่วยจำนวนมากไม่คาดคิดว่าตนเป็นโรคที่รักษาไม่หายและอาการลุกลามถึงระยะสุดท้าย การปกปิดความจริงเพราะกลัวผู้ป่วยเสียใจทำให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวน้อยลง แต่หากเปิดเผยความจริงกะทันหัน ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดลง หากผู้ป่วยรู้ว่าตนกำลังจะตายด้วยทางหนึ่งทางใด ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลควรช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ให้ความมั่นใจว่าอย่างไรก็จะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงกับผู้ป่วย คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตอนอาการหนัก ไม่รู้สึกตัวแล้ว จะให้แพทย์เยียวยาจถึงขั้นไหน จะให้ยืดชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีหรือวิธีดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ประทังอาการ และปล่อยให้สิ้นลมอย่างสงบ
3. ช่วยให้อัจฉริยะจดจ่อกับสิ่งดีงาม อาจนำพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์ที่ผู้ป่วยนับถือมาไว้ในห้องของผู้ป่วยได้สวดมนต์หรืออ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง รวมถึงให้ผู้ป่วยทำบุญ อาจเป็นการทำสังฆทานหรือบริจาคทรัพย์หรือสิ่งของแก่หน่วยงานต่างๆ เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ ญาติพี่น้องควรสังเกตว่าผู้ป่วยมีอะไรไม่สบายใจอยู่หรือไม่ หากผู้ป่วยต้องการพบใคร ควรรีบตามคนนั้นมาพบ หากผู้ป่วยอยากเสาะหากรกิจบางอย่าง ญาติก็ควรช่วยประสานงานให้

5. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยอาจยังยึดติดกับ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ การงาน เป็นต้น ทำให้เกิดความกังวลที่จะต้องพรากจากสิ่งที่รัก ญาติพี่น้องควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางด้วยการสร้างความมั่นใจว่า ลูกหลานจะดูแลตนเองได้ หรือเตือนสติผู้ป่วยว่า ทรัพย์สินสมบัติเป็นของนอกกาย

6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เช่น งดเว้นการพูดคุยเสียงดัง งดการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียง ไม่ร้องไห้ด้วยความโศกเศร้าต่อหน้าผู้ป่วย

7. กล่าวคำอำลา ขณะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต หากญาติพี่น้องต้องการกล่าวคำอำลา ควรตั้งสติระงับความเศร้า แล้วกระซิบข้างหูผู้ป่วย พูดถึงความรู้สึกดีๆ แนะนำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และให้บรรยากาศรอบกายผู้ป่วยมีความสงบให้มากที่สุด

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ที่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่นๆ (Ferrell, Grant, & Virani, 1999) ได้เผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ ความรู้ทักษะ และความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ (รสพร ประทุมวัน, 2534) การดูแลเป็นพื้นฐานของการพยาบาล คือ การทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือการดูแลเอาใจใส่ ดังนั้นพยาบาลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาของ เดกเนอร์ และกาว (Degner & Gow, 1988) เกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลควรให้ความสนใจปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วย และใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพที่สุด (มนชรัตน์ จินดา และสายพิน หัตถิรัตน์, 2549) จะเห็นได้ว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญและใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ จะต้องให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (intensive caring) (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) โดยมีลักษณะดังนี้

1. ต้องมีความรู้ คือ รู้จักผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล รู้โรค และรู้วิธีการควบคุมและบรรเทาอาการต่างๆ

2. มีความสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังกายและพลังใจที่จะต่อสู้กับความทุกข์

3. มีทักษะในการช่วยเหลือ โดยกระทำให้ผู้ป่วย กระทำแทน และกระทำในสิ่งที่ควร โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยต้องขอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยควบคุมและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ เป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ป่วยในการติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์

4. ช่วยคงความหวังและความเชื่อของผู้ป่วยไว้

5. ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เข้าใจผู้ป่วย การรับฟังความทุกข์ ความสูญเสียจะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับความทุกข์ได้ดีขึ้น พยาบาลต้องเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความตาย ซึ่งผู้ป่วยอาจจะมีอารมณ์ปฏิเสธ โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายดังที่ คูเบอร์-รอส (Kubler-Ross, 1969) ได้กล่าวไว้ พยาบาลไม่ควรตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะทำอะไร ควรจะคิดอย่างไรแต่ควรจะถามว่า ถ้ามีโอกาสเขาอยากทำอะไร และอยากไปที่ไหน ในขณะเดียวกันให้เวลาผู้ป่วยได้พบกับสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น พระ ถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งพยาบาลต้องให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและเข้าใจการตอบสนองต่อความตายนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานันต์ และกัญญา สุทธิพงศ์ (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์การเตรียมตัวสำหรับความตาย: กรณีศึกษาผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้าย 3 ราย ผลการศึกษา พบว่า นอกจากการยอมรับต่อความตายที่จะเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตาย ได้แก่ ท้อแท้ สูญเสีย รู้สึกผิด และกลัว ผู้ป่วยมีความคาดหวังเกี่ยวกับชีวิตและความตาย คือ ขอไม่ทุกข์ทรมานและขออยู่ท่ามกลางคนที่รักและเข้าใจ โดยมีเป้าหมายของการมีชีวิต ณ ปัจจุบันเพื่อบุคคลที่รัก ผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวสำหรับความตายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเข้าใจถึงกระบวนการคิดและวิธีการเตรียมตัวตายของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จะช่วยให้พยาบาลวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณดังนี้ (อุบล จ้างพานิช, 2544)

1. การดูแลด้านร่างกาย ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ทั้งความสะอาดร่างกาย ปาก และฟันดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การขยับถ่าย ป้องกันอันตรายจากการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ต้องควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยให้ยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเจ็บปวดน้อยที่สุด

2. การดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณพยาบาลจะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นระยะ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลรักษาไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว โดยให้โอกาสญาติดูแลอย่างใกล้ชิด และตอบสนองความต้องการตามความเชื่อของศาสนา อาจนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวล ความกลัว มีจิตใจสงบและมีความหวังตามศาสนาของตน หรือในรายที่

อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลผู้ดูแลสามารถบอกผู้ป่วยให้นึกถึง พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ พร้อมกับลูบหลังมือผู้ป่วยเบาๆ หรือให้ผู้ป่วยได้รับการบอกทางจากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้เห็นผ้าเหลืองจากพระภิกษุ การได้ยินเสียงสวดมนต์หรือการได้อยู่อย่างสงบกับบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งหมดนี้พยาบาลสามารถทำได้ตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่ใช่ตามความเห็นของคนอื่นที่คิดว่าควรจะทำให้ การดูแลต่างๆ เหล่านี้เป็น การช่วยให้ผู้ป่วยไม่กระสับกระส่ายและจิตใจสงบได้

แนวทางการดูแลจึงมุ่งเน้นการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี การที่พยาบาลจะสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลอาการ การเปลี่ยนแปลง การจัดการกับอาการปวด ทุกข์ทรมาน เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ คือ ช่วยให้ชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่มีความหมาย พบกับความสงบและลดทุกข์ทรมานให้ได้มากที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) ซึ่งได้แนวคิดจากการดูแลแบบประคับประคอง เน้นเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตโดยเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลแบบองค์รวม

จากการศึกษาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถาบัน Institute of medicine's (IOM's) สหรัฐอเมริกาได้รวบรวมองค์ความรู้ที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งเป็น 4 หัวข้อดังนี้

1. การจัดการกับอาการ (Symptom management)
2. การจัดการกับความปวด (Pain management)
3. การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม (Psychosocial and spiritual care / Ethical issues)
4. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Communication)

การจัดการกับอาการ (Symptom management)

อาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล คนทั่วไปจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้อาการแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะพัฒนาการ สภาพจิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น ความรุนแรง ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/โรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายสนับสนุน ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2547) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคส่วนใหญ่จะมีอาการต่างๆ ที่เพิ่มความทุกข์ทรมานกับร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะด้านร่างกายสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกระบบ การดูแลจัดการกับอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลควรให้ความสำคัญและใส่ใจกับการดูแลจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยเหลือในการบรรเทาความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการและจัดการกับอาการรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (จอห์น พะจง เฟ็งจาด และคณะ, 2548)

การจัดการกับอาการ (Symptom management) มีเป้าหมายสำคัญเพื่อการบรรเทาอาการควบคุมผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยอาศัยกลวิธีต่างๆ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งการร่วมแรงร่วมใจ จากบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลให้ความช่วยเหลือที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคล องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับการจัดการกับอาการ ดังจะเห็นจากการทำคู่มือการจัดการกับอาการปวดจากโรคมะเร็ง (Cancer pain relief) ในปี 1990 และ 1996 และต่อมาได้จัดทำคู่มือการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคร้ายแรง (Symptom relief in terminal illness) ขึ้นในปี 1998 มีการเผยแพร่คู่มือเหล่านี้ไปทั่วโลก เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยอีกจำนวนมาก ที่ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของวิธีการจัดการกับอาการ ทั้งโดยวิธีการที่ต้องใช้ยา และวิธีการที่ไม่ใช้ยา เช่น คนตรีบำบัด การนวด สมาธิบำบัด การให้ข้อมูล การปรับเปลี่ยนความคิด/การรับรู้ (วงจันทร์ เพชรวิเชฐเชียร, 2546)

อาการที่พบได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เป้าหมายสำคัญของการจัดการกับอาการ ก็เพื่อบรรเทาอาการและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งหลักการจัดการกับอาการมีดังนี้ (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2547; อาคม เขียรศิลป์, 2548; Maddocks, 2003)

1. ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง จากการค้นหาข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้ดูแล ว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกิดขึ้นจากสาเหตุใด
2. กำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนั้นถ้าเป็นไปได้ ลดความทุกข์ทรมานจากอาการนั้นๆ โดยไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. การใช้ยา ในอาการบางอย่างที่เกิดขึ้น มีความจำเป็นถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบประคับประคอง

4. สนับสนุนการใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์เสริมอื่น เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ โดย การใช้ดนตรีบำบัด การนวด การทำกายภาพบำบัด การทำสมาธิร่วมกับการรักษาวิธีอื่น เพื่อเพิ่มระดับความทนได้มากขึ้น

จากการศึกษาของ วาทีณี ศรีไทย (2548) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการกับอาการ ร่วมกับการนวดแผนไทย ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ซึ่งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่าความเหนื่อยล้าในกลุ่มควบคุม

การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีเป้าหมายและหลักการที่ชัดเจนและต้องการการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้นควรมีการค้นหาวิธีการจัดการกับอาการที่ดีที่สุดจากแหล่งความรู้ต่างๆที่มีอยู่และค้นหาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องซึ่งขึ้นต่อองค์สำคัญของการจัดการที่มีประสิทธิภาพ คือ การประเมินอาการ การเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่ดีที่สุดซึ่งอาจจะต้องใช้มากกว่าหนึ่งวิธี การติดตามประเมินผล และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความเหมาะสม นอกจากนี้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ควรมีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด เนื่องจากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว คือ แหล่งความหวังและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย นอกเหนือจากอาการต่างๆที่พบได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วสิ่งหนึ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกที่สำคัญ คือ ความปวด (ลัทธมี ชาญเวช, 2549)

การจัดการกับความปวด (Pain management)

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเรื่องความปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้ความหมายของความปวดว่า “เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ และมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย” (Russo & Brose, 1998, p 123) ความปวดเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา และเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล トラบใดที่บุคคลบอกว่าปวดแสดงว่าความปวดนั้นยังคงมีอยู่ (McCaffery, 1979) ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัวไม่สามารถวัดออกมาเป็นรูปธรรมได้ ความปวดเป็นสิ่งสำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ญาติครอบครัวและทีมผู้รักษาพยาบาล การบำบัดรักษาในปัจจุบันยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังคงทุกข์ทรมานอยู่กับความปวดพร้อมกับพยาธิสภาพของ

โรคที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งแพทย์มุ่งแต่รักษาพยาธิสภาพของโรค (เจือกุล อโนธรมณ์, 2545) เนื่องจากทีมสุขภาพอาจไม่เห็นความสำคัญของความปวด และมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาแก้เพียงพอแล้ว การบรรเทาความปวดด้วยยาเป็นดุลยพินิจของแพทย์ (สิวลี ศิริไล, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีความรู้ในการประเมินความปวดไม่ดีพอ (เจือกุล อโนธรมณ์, 2545) จากการศึกษาของ วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545) ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ในการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล รวมทั้งการจัดการกับความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ในขณะที่พยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าวของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงระดับมาก และระดับการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการประเมินความปวดของพยาบาลไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง ต้องประสบกับอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานต่างๆ มากมาย ความปวดก็เป็นอาการหนึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญ ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยหวาดกลัว ซึ่งความปวดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาของ โคเยล และคณะ (Coyle, Adelhardt, Foley, & Portenoy, 1990) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทุก 3 ใน 4 คน จะมีอาการปวดซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งจะมีความปวดที่รุนแรง (Bonica, 1990) และเมื่อโรคดำเนินไปถึงขั้นลุกลามหรือระยะสุดท้ายจะพบว่าผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงถึงประมาณร้อยละ 75 (วารภรณ์ ไวกกุล, 2548)

ความปวดเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่สุดอาการหนึ่งซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ ดังนั้นการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงเป็นปัญหาสำคัญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2540) เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า การจัดการกับความปวด ผู้ป่วยอาจได้รับการจัดการที่ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากประเภทของคำสั่งส่วนใหญ่เป็นการให้ยาเมื่อปวด และยาแก้ปวดเป็นชนิดไม่เสพติดร่วมกับยาเสริมมากที่สุด พยาบาลให้ยาเมื่อผู้ป่วยขอ ไม่พบการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับยาอาจไม่เพียงพอ และยังพบอุปสรรคในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย คือ กลัวคิดยา กลัวดื้อยา กลัวผลข้างเคียงของยา มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและกลัวรบกวนผู้อื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ซอนเดอร์ (Saunders, 1981) ที่รายงานว่า 1 ใน 4 ในผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับการจัดการกับความปวดไม่เพียงพอเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตาย

การจัดการกับความปวดเป็นการจัดการกับปัญหาเมื่อมีอาการปวด ซึ่งการจัดการกับความปวดได้เริ่มพัฒนาจากการประเมินความปวดและขจัดสาเหตุแห่งความปวด (Lynch, 2001) การประเมินความปวด จะได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วย (ชินธุติ คงศักดิ์ตระกูล, 2539) การจัดการกับความปวดให้ได้ผลดีนั้นควรมีหลักในการประเมินดังนี้ (ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์, 2547)

1. การประเมินผู้ป่วย ต้องเชื่อผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเพราะจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพและความเชื่อถืออันดีระหว่างแพทย์และพยาบาล
2. ประวัติเกี่ยวกับความปวด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเริ่มต้นของความปวด ความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่ง ระยะเวลาปวด ลักษณะความปวดที่เกิดขึ้น และวิธีบรรเทาความปวด
3. การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย การรวบรวมประวัติเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด จิตวิญญาณและอารมณ์ของผู้ป่วย ควรได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การงานของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมให้อาการรุนแรงกว่าที่ควรจะเป็น
4. การตรวจร่างกาย ข้อมูลจากการตรวจร่างกายจะทำให้บอกรายละเอียดของการวินิจฉัยเช่น สาเหตุ พยาธิสภาพ การกระจายของโรค เป็นต้น
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจเพื่อแสดงยืนยันว่ามีการแพร่กระจายของโรค เช่น การแพร่กระจายของโรค เป็นต้น
6. การวัดความปวดโดยใช้มาตรวัด เพื่อบอกความรุนแรงของความปวด มาตรวัดความปวดที่นิยมใช้ ได้แก่ 1) การบอกความรู้สึกปวดด้วยคำง่าย ๆ เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง 2) ใช้รูปภาพบอกความรู้สึก โดยใช้รูปแสดงถึงความรู้สึกไม่ปวด คือ รูปภาพยิ้มร่า จนถึงปวดมากคือหน้านิ้วควมวด 3) Visual Analogue Scales (VAS) ระดับการวัดมีตั้งแต่ไม่มีความปวดถึงปวดมากที่สุด และ 4) Numeric Rating Scales (NRS) เป็นมาตรวัดที่นิยมใช้ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 1 โดย 0 หมายถึงไม่ปวด คะแนน 10 หมายถึงระดับความปวดมากที่สุด
7. ประเมินการจัดการความปวดที่ผ่านมา ผู้ป่วยเคยได้ยาชนิดใด มีวิธีการบริหารยาอย่างไร ประสิทธิภาพและผลที่เกิดขึ้น ตลอดจนถึงวิธีการบรรเทาความปวดอื่นๆที่ใช้
8. ควรมีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวด และติดตามสาเหตุที่เกี่ยวข้องหากความปวดเพิ่มขึ้นหรือไม่ทุเลา

การประเมินความปวดและการบรรเทาความปวดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลถือว่าเป็นบทบาทอิสระ การประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เห็นถึงความรุนแรงของความปวดและแนวโน้มของความปวด ซึ่งจะนำไปสู่การพิจารณาวิธีการจัดการกับความปวดซึ่งมีวิธีการจัดการกับความปวดดังนี้

1. การจัดการกับความปวดโดยใช้ยาแก้ปวด (Pharmacological) การใช้ยาแก้ปวดเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการกับความปวดซึ่งยาแก้ปวดที่ให้จะรวมทั้งยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติด (opioid), ชนิดไม่เสพติด (non-opioid) และยาเสริม (adjuvant drugs) (Briggs, 2003; Lynch, 2001; MacPherson, 2000; Miller, 2004) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้วางหลักเกณฑ์การบริหารยาเพื่อบำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งคือใช้หลักบันได 3 ขั้น (WHO ladder) ซึ่งประกอบด้วย opioid, non-opioid และ adjuvant drugs โดยให้ความสำคัญกับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยโดยเริ่มจาก ขั้นที่ 1 ใช้ยาแก้ปวดที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด (non-opioid) เช่น paracetamol (acetaminophen) หรือ anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เช่น ibuprofen ร่วมกับใช้หรือไม่ใช้ยาเสริม หากความปวดยังคงอยู่ ขั้นที่ 2 ใช้ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติดอย่างอ่อน (weak-opioid) เช่น codeine ร่วมกับใช้หรือไม่ใช้ยาเสริม และหากความปวดยังคงอยู่ต่อไปอีก ขั้นที่ 3 ใช้ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติดอย่างแรง (strong-opioid) เช่น morphine ร่วมกับใช้หรือไม่ใช้ยาเสริม (Briggs, 2003; Garcia & Altman, 1997; Miller, 2004)

2. การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด (Non-Pharmacological) การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายซึ่งเป็นการใช้ศิลปทางการพยาบาล แต่จากการศึกษาของ คลาร์ก และคณะ (Clarke, French, Bilodeau, Capasso, Edwards, & Empoliti, 1996) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการปวดของพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเฉพาะเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ส่วนการศึกษาของ ทิพย์ถาวร เพชรปะพันธ์ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และอรรัญญา เชาวลิต (2546) เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาอาการปวดโดยวิธีไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติ และความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธีมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัย ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการพัฒนาความรู้และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งมีหลายวิธี เช่น กายภาพบำบัด แผ่นความร้อน หรือแผ่นความเย็น การนวด การพักผ่อนหย่อนใจ การสะกดจิต การกระตุ้นประสาทผิวหนังด้วยไฟฟ้า (TENS) และการฝังเข็ม (Carr & Mann, 2000; Lynch, 2001) ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายในช่วงท้ายของชีวิต

พยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการจัดการกับความปวดโดยพยาบาลต้องมีความรู้ในการจัดการกับความปวดโดยการให้ยา ความรู้ในเรื่องการบริหารยาที่ถูกต้อง ความรู้ในการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงในการให้ยา และอีกบทบาทหนึ่งคือบทบาทในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการจัดการกับความปวดให้ได้ผลดีนั้นควรใช้หลายวิธีร่วมกันคือการจัดการกับความปวดด้วยการให้ยาและไม่ใช้ยา (Hader & Guy, 2004)

การดูแลด้าน จิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม (Psychosocial and spiritual care / Ethical issues) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตที่อาจสิ้นสุดลงได้ทุกขณะอาจจะมีทุกข์ทั้งกายและใจในระหว่างที่ต้องเผชิญกับความตาย ในระยะนี้การบำบัดรักษาโดยมุ่งเน้นให้หาย ไม่มีประโยชน์มากเท่ากับการช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวลและมีจิตสงบ พระไพศาล วิสาโล กล่าวว่ากรณีถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำและมั่นใจในอนิสงส์แห่งความดีดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย (พระไพศาล วิสาโล, 2548) ศาสนาถือว่าสภาพจิตและสิ่งที่ผู้ป่วยทำในระยะสุดท้ายของชีวิตมีความสำคัญมาก พุทธศาสนาเรียกกรรมที่กระทำนี้ว่าอสังกรรมและถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดเพราะจะมีผลต่อชีวิตใหม่ อสังกรรมที่เกิดจากกุศลจิตย่อมส่งผลให้ไปเกิดในภพที่ดี และอสังกรรมที่เกิดจากอกุศลจิตย่อมนำไปเกิดในภพที่ไม่ดี ด้วยเหตุนี้ในมุมมองของพุทธศาสนา พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทมากเป็นพิเศษ เพราะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอสังกรรมที่ดีได้ เช่นด้วยการโอบอุ้มหัวใจของผู้ป่วยให้นึกแต่สิ่งดีงาม โดยให้มีอนุสติต่างๆ เช่น นำพระพุทธรูปหรือนารูปของพระอรหันต์ที่ผู้ป่วยนับถือมาให้ผู้ป่วยดู ให้ผู้ป่วยถวายสังฆทานแก่พระสงฆ์ที่นิมนต์มา หรือให้ระลึกถึงบุญกุศลที่ได้ทำมา อ่านบทสวดสั้นๆ และแปลความหมายด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ หรือให้ผู้ป่วยภาวนา พุทโธ ธัมโม สังโฆ หรือทั้งสามอย่างร่วมกัน วิธีต่างๆ เหล่านี้เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยเหลือให้สิ้นลมอย่างสงบ สิ่งที่ดีแล้วมาเป็นตัวอย่างของการช่วยเหลือผู้ป่วยชาวพุทธให้สิ้นชีวิตอย่างสงบตามวิถีพุทธ สำหรับผู้ป่วยต่างศาสนา พยาบาลควรหาทางช่วยเหลือด้วยวิธีที่สอดคล้องกับคำสอนในศาสนานั้น แนวคิดทางด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับศาสนาเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสิ้นลมอย่างสงบ พ้นจากความทุกข์ทรมานในปัจจุบันและไปสู่ชีวิตใหม่ที่ดีกว่า (พินิจ รัตนกุล, 2547) การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่

ต้องเผชิญกับปัญหาซับซ้อนหลากหลายทั้งสภาพด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่าจะเป็นการควบคุมอาการหรือเพียงแค่การจัดการกับอาการเท่านั้นแต่ยังคงมีความต้องการในการดูแลด้าน จิตใจ สังคม จิตวิญญาณด้วยเหมือนกัน (Bialk, 2004) เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขสบายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้โดยสงบเป็นการให้การดูแลแบบองค์รวม โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (ธัมมน นามวงษ์, 2540) นอกจากการดูแลทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณแล้ว ยังมีประเด็นทางด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติมีความคาดหวังสูงต่อระบบบริการ ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ต้องประสบกับการตัดสินใจ ที่มีผลลึกซึ้งต่อชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ตนเองและเพื่อนร่วมงาน ที่ต้องการการตัดสินใจในการดูแลเกี่ยวข้องกับ ความขัดแย้งในการเลือกการกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี สุทธิรงค์ สมพร อยู่ดี และอรัญญา เชาวลิต (2544) เรื่อง การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาล พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 55 ตัดสินใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตั้งแต่บางครั้งถึงบ่อยครั้ง ในทุกประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพ กับหน้าที่ต่อตนเอง พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ การบอกความจริง กับการปกปิดความจริงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด และการยึดชีวิตกับการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเหล่านี้ ควรยึดหลักจริยธรรม ซึ่งหลักจริยธรรมที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปตามเป้าหมาย (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2548; อรัญญา เชาวลิต, 2548; Ferne , 2002; Tilden ,1999) ได้แก่

1. การเคารพเอกสิทธิ์ ความเป็นอิสระ (autonomy)
2. การทำในสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์ (beneficence)
3. การไม่ทำอันตราย (nonmaleficence)
4. ความยุติธรรมเสมอภาค (justice)
5. การบอกความจริง (veracity or truth-telling)
6. ความซื่อสัตย์ (justice)

หลักจริยธรรมที่สำคัญดังกล่าวถือได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับ แต่ก็ยังพบว่ายังมีประเด็นปัญหาจริยธรรมในการดูแลที่ยากต่อการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา เกลียวศักดิ์ (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลพบ จากการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 4 ประเด็น คือ 1) ยึดชีวิตหรือยุติชีวิต 2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงกับญาติ 3) เกณฑ์ตัดสินใจคุณค่าแตกต่างกัน และ 4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือว่าเป็นปัญหาทางจริยธรรมที่พยาบาลจะต้องพิจารณาใคร่ครวญ ว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบด้านต่างๆของปัญหาอย่างรอบคอบ ไม่มองเพียงด้านใดด้านหนึ่งซึ่ง ประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีดังนี้ (กฤษณา เกลียวศักดิ์, 2545; วันทิวา วัฒนะ โชติ, 2540)

1. การบอกความจริง (truth telling) เป็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย จุดสำคัญของปัญหาอยู่ที่ว่ามนุษย์ควรมีโอกาสรับรู้ทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนหรือไม่ บางครั้งการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยที่เกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิตมักจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย และครอบครัว โดยเฉพาะการบอกความจริงที่เกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต มักก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจแก่ผู้ที่ได้รับการบอกความจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของจุฬารัตน สุระกุล อรรถญา เขาวลิต ช่อถัดดา พันธุเสนา และวันดี สุทธิรังสี (2545) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข่าวร้ายเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง บางรายเกิดความรู้สึกกลัว และบางรายรับรู้ว่าเป็นการบั่นทอนทำลายความหวังในชีวิต ทำให้เกิดอาการทางกายต่างๆตามมา แต่พระไพศาล วิสาโล กล่าวว่าประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนมีอาการหนักไม่รู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์เยียวยารักษาไปถึงขั้นไหน จะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดหรือช่วยเพียงแค่ประคองอาการและปล่อยให้ค่อยๆ สิ้นลมไปอย่างสงบ ซึ่งการบอกความจริง สิ่งที่ต้องทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยว่าเรา (ญาติมิตร) แพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างเขา และช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด (พระไพศาล วิสาโล, 2548)

2. การรักษาความลับผู้ป่วย (confidentially) เป็นการเก็บรักษาเรื่องราวเกี่ยวกับโรคอาการและข้อมูลต่างๆ ซึ่งเป็นหลักจริยธรรมข้อหนึ่ง เช่น การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยแก่ผู้อื่นที่ไม่มีหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องทำให้ครอบครัวทราบว่าเป็นโรคใด เช่น โรคเอดส์มีคำถามว่าเป็นการเหมาะสมหรือไม่ที่จะปกปิดความลับของผู้ป่วยในขณะที่ผู้สมรสของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอาจได้รับอันตรายจากการติดเชื้อ เพราะทีมสุขภาพไม่สามารถเตือนบุคคลเหล่านั้นให้ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ จึงเกิดประเด็นข้อขัดแย้งทางจริยธรรม

ระหว่างการปกปิดความลับของผู้ป่วยกับการป้องกันผู้อื่นจากอันตรายและรู้สึกขัดแย้งมากขึ้นเมื่อถูกคู่สมรสของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พจนา วิภามาส (2545) พบว่าพยาบาล 100 ราย จาก 110 ราย (ร้อยละ 90.91) เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะจะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือจะบอกให้คู่สมรสทราบเพื่อป้องกันอันตราย

3. การยืดชีวิตหรือพยุงชีวิต (prolong life) ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่สิ้นหวังไม่สามารถฟื้นชีวิตแล้วได้มีการนำเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป เป็นการทำให้ยืดชีวิตของผู้ป่วยนานขึ้น การตัดสินใจเลือกที่จะรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยแต่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับการยุติการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีทางเลือกใดจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การตัดสินใจโดยผู้อื่นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้เองจึงเป็นประเด็นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติมักจะเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิต (Erien & Sereika, 1997)

จากการศึกษาของกฤษณา เฉลียวศักดิ์ (2545) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 คน ได้พยายามอธิบายถึงความไม่แน่ใจในขณะที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าแนวทางที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร ระหว่างการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปหรือยุติชีวิตผู้ป่วย เพราะโดยหน้าที่แล้วพยาบาลต้องกระทำการใดๆ เพื่อประโยชน์และให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลเองไม่มีอำนาจหน้าที่ที่จะไปช่วยให้ผู้ป่วยจบชีวิตลง แต่สถานการณ์นั้นๆ ก็มีเหตุผลสนับสนุนว่าทั้งผู้ป่วย ญาติหรือแพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นที่ผู้ป่วยเองหมดหวังที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองหรือผู้อื่นได้ ก็น่าจะเป็นผลดีถ้าได้ยุติชีวิตลง เพราะหากยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไปก็ย่อมต่อเวลาของความทุกข์ทรมานจากการใช้เทคโนโลยียืดชีวิต ซึ่งไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการเผชิญประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่หลากหลายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ประเด็นทางจริยธรรมในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน เช่น การยืดชีวิตผู้ป่วยหนัก การให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงบ (euthanasia) สิทธิของผู้ป่วยที่จะรู้เรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ความตาย การเขียนพินัยกรรมขณะมีชีวิตอยู่ (ธัสมน นามวงษ์, 2540) หลักจริยธรรมพื้นฐานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต้องมีหลักดังกล่าวเป็นพื้นฐานของการพิจารณาตัดสินใจ

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาเครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรค แต่ก่อให้เกิดปัญหาที่จะต้องนำมาพิจารณาถึงความเหมาะสมในการชะลอหรือยืด

ชีวิตผู้ป่วยออกไปโดยความมุ่งหวังเพื่อเห็นวรั้งชีวิตให้ถึงที่สุด ซึ่งในการแพทย์ปัจจุบันกำลังให้ความสนใจกับเรื่องดังกล่าวและพยายามหาวิธีที่เหมาะสมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างถูกต้องสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาดังนี้ (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2546; แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2548)

1. ความจริงทางการแพทย์ การแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกมักจะมองเรื่องของการรักษาพยาบาลเฉพาะมิติทางกาย การรักษาพยาบาลจึงมุ่งไปที่การใช้ยา และกระบวนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นอยู่ แม้ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบว่ามีอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ดื่มน้ำน้อยลงหรือไม่ดื่มเลย ง่วงและนอนหลับตลอด การมองปัญหาเพียงมิติทางกายทำให้มองข้ามความจริงตามธรรมชาติที่เป็นอยู่และก่อให้เกิดปัญหาตามมา โดยทั่วไปกายป่วย ใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายยิ่งต้องการการดูแลแบบประคับประคองใจอย่างมาก

2. สภาวะทางกายที่พบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักจะถูกมองข้ามไป แพทย์ส่วนหนึ่งอาจไม่ได้ตระหนักในส่วนนี้ ทำให้การสื่อสารกับญาติไม่ได้เป็นไปตามหลักที่ควรจะเป็น ส่งผลให้เกิดความสับสนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือทำอะไรสวนทางกับความเป็นจริง เช่น การขอให้แพทย์รักษาพยาบาลให้เต็มที่โดยใช้เครื่องช่วยต่างๆ ซึ่งขัดกับสภาวะร่างกายกำลังจะปรับตัวสู่ธรรมชาติ กลับจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและทำลายศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ประกาศใช้ในปี 2550 วันที่ 3 มีนาคม 2550 บัญญัติไว้ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ตามหลักของกฎหมาย บุคคลมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตน โดยเลือกตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งเป็นการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือบางครั้งเรียกว่า Advance directives

Advance directives คือ การที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้า (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2548) แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่อยู่ภาวะใกล้ตายไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาเช่นนั้นได้ เพราะส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว การตัดสินใจจึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ จุดนี้เองก่อให้เกิดปัญหาเพราะญาติอาจจะไม่รู้อาจะรู้ความจริงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วมีความต้องการอย่างไร แพทย์มีความจำเป็นตามจริยธรรมที่จะต้องพิสูจน์ความจริงและปกป้องผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมของญาติผู้ป่วย แพทย์ต้องทราบความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย

และต้องพูดคุยทำความเข้าใจกับญาติเพื่อญาติจะได้ตัดสินใจ ได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (good death)

Euthanasia เป็นคำที่ใช้ในวัฒนธรรมตะวันตก ไม่ได้หมายความว่า kill แต่เป็นการแสวงหาวิธีที่จะช่วยให้ผู้อยู่ในวาระสุดท้ายไปอย่างสงบ ซึ่งวิธีนั้นๆจะต้องสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย และหลักศาสนาของแต่ละประเทศ โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้ (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2546)

1. Active euthanasia คือ การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยการที่แพทย์ฉีดยาให้ยา หรือกระทำโดยวิธีการอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง วิธีการนี้ถูกกฎหมาย ในบางรัฐของบางประเทศ แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องตามหลักจรรยาบรรณ โดยเฉพาะในประเทศไทย

2. Passive euthanasia หรือ allowing to die คือ การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยการที่แพทย์ให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายโดยไม่ให้การรักษา (withholding treatment) หรือยกเลิกการรักษาที่ช่วยหรือยืดชีวิต (withdrawing treatment) ของผู้ป่วยไว้ เช่น ไม่ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ไม่ให้ยา หรือไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดเวลาตายหรือไม่รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งคำสั่งไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ do not resuscitate (DNR) หรือ no resuscitate (NR) หมายถึง คำสั่งไม่ต้องช่วยหัวใจที่หยุดเต้นและการหายใจที่หยุดทำงานอีก แต่ทั้งนี้แพทย์ยังคงให้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหายจากความเจ็บปวดและลดความทุกข์ทรมาน รวมถึงการรักษาที่พึงให้ตามปกติ แก่ผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้นนี้ มีความเกี่ยวเนื่องกัน การที่จะมีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์นั้นจะต้องมีกระบวนการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ชัดเจน

การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Communication)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลง และได้ผลกระทบในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ คือ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากสภาพดังกล่าวผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ในฐานะที่พยาบาลมีหน้าที่ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา จึงควรตระหนักถึงการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการประคับประคองจิตใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความทุกข์ทรมาน และให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งไม่ได้หมายถึงการรักษาพยาบาลด้าน

ร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงการได้รับข่าวสารข้อมูลต่างๆ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาพยาบาล ตลอดจนเป็นการป้องกันตนเองมิให้ผู้ป่วยฟ้องร้องเนื่องจากละเมิดในสิทธิของผู้ป่วย (วันทิวา วัณนะโชติ, 2540) ดังนั้นการสื่อสารจึงมีความสำคัญต่อพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลยังต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้พยาบาลยังต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการบอกกล่าวให้ทราบข่าวร้าย และยังมีบทบาทในการประคับประคองผู้ป่วยต่อไปภายหลังรับทราบข่าวร้ายด้วย (ชมพูนุช พงษ์ศิริ, 2546)

จากการศึกษาของ เมอร์เคิน (Mirken, 1998) พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดจากทีมสุขภาพ คือ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน แนวทางการปฏิบัติตัว และยาที่ใช้ในการรักษา แต่พบว่าในความเป็นจริง แพทย์หรือพยาบาลมักปลีกตัวจากผู้ป่วยและครอบครัว ไม่เข้ามาพูดคุยใกล้ชิดด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่จะมุ่งเน้นให้การดูแลด้านร่างกาย เช่น การให้ยาควบคุมความเจ็บปวด หรือการดูแลการทำงานของอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ

ปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ความไม่ชัดเจนหรือช่องว่างของการสื่อสารระหว่างทีมการรักษาด้วยตนเอง หรือช่องว่างในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลบางคนไม่กล้าเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เพราะเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วย/ญาติรู้สึกไม่พอใจดี ซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งบางครั้งส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การประสานเชื่อมโยงความเข้าใจด้านต่างๆทั้งกับทีมการรักษาและกับผู้ป่วย/ญาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการติดต่อสื่อสารการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา นับว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกต่างๆ เช่น ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หรือความรู้สึกไม่แน่นอนอนชีวิต การที่พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความทุกข์ใจ การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่เผชิญกับความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวยอมรับการสูญเสียรวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีความสุข

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติที่รุนแรงซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้นับว่าเป็นทักษะที่สำคัญ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือได้ว่าเป็นการบอกข่าวร้าย (breaking bad news) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของแพทย์ แต่โดยทั่วไปแพทย์มักไม่ค่อยมีเวลาให้ผู้ป่วยและครอบครัว (Myerscough & Ford, 1996) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีหน้าที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไปภายหลังรับทราบข่าวร้ายจึงควรทราบขั้นตอนการบอกข่าวร้ายด้วย ข่าวร้ายเป็นข่าวที่ไม่มีใครอยากบอกหรืออยากได้ยิน ดังนั้นการบอกข่าวร้ายต้องมีการเตรียมตัวทั้งฝ่ายแพทย์/พยาบาลและผู้ป่วย ในปัจจุบันผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทราบการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกันอาจต้องการทราบข้อมูลทางการแพทย์ที่มากน้อยแตกต่างกัน ดังนั้น ควรต้องประเมินสภาพจิตใจ ความพร้อม และความคาดหวังของผู้ป่วยก่อน เพื่อที่จะสามารถแจ้งข่าวร้ายได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป (individualized disclosure)

การแจ้งข่าวร้ายหรือการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทั่วไปผู้ป่วยควรมีสิทธิได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตนซึ่งเป็นขั้นตอนแรกสุดในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจจะต้องการการรับรู้ความจริงไม่เท่ากัน ดังนั้นการมีทักษะที่ดีในการบอกข่าวร้ายจะสามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับข่าวร้ายได้ง่ายขึ้น พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามคำแนะนำและ การประคับประคองจิตใจผู้ป่วยหลังการแจ้งข่าวร้ายนั้น เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ไม่ใช่สิ้นสุดลงเมื่อบอกข่าวร้ายออกไป (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2548) เพราะฉะนั้นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีจุดมุ่งหมายจะพยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสามารถรับได้ (จิรายุ เอื้อวรางกูร, 2548; Buckman, 2003) โดยมีแนวทางการบอกความจริงดังนี้

1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการรับรู้และปรับตัวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับ
2. ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยถามผู้ป่วยว่า คิดว่าตนป่วยเป็นอะไร เป็นมากน้อยเพียงใด
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยสังเกตจากการพูดคุย และปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษากับผู้ป่วย ตามที่ประเมินว่าเหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และพร้อมที่จะให้ข้อมูลมากขึ้นหากผู้ป่วยต้องการ เช่น ถามย้าว่า ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เรากล่าวอย่างไร และอยากู้อะไรเพิ่มเติมจากนั้นหรือไม่
5. แสดงความเห็นใจและเข้าใจปฏิกิริยาทางจิตใจ ต่อการทราบข่าวร้ายของผู้ป่วย โดยพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆออกมาได้อย่างเต็มที่

6. ให้ความหวังและความมั่นใจว่าจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ต่อไป โดยยึดถึงสิ่งที่สามารถทำได้ ตามที่เป็นจริง เช่น การรักษา การควบคุมอาการ แม้จะไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งทางการแพทย์และทางพุทธศาสนานั้นเหมือนกันที่ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ เป็นการดูแลให้มีความสุขสบายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ต้องมีความรัก ความเมตตา เอื้ออาทร ความอดทน ความเสียสละให้กับผู้ป่วย ควรตระหนักถึงถึงความสำคัญของระยะเวลาที่เหลืออยู่น้อยมากของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลยังต้องรู้จักรักษาสุขภาพร่างกาย จิตใจ ให้เข้มแข็ง ไม่เครียดเกินไป เพื่อสามารถดำรงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการให้ความช่วยเหลือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการดูแลแบบประคับประคองโดยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เข้าสู่ขบวนการตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและต้องให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมจึงจะทำให้ผู้ป่วยได้พบความสุข สงบ และช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย

งานวิจัยในต่างประเทศ

เฟอร์เรล และคณะ (Ferrell, Virani, & Grant, 1998) ศึกษาการส่งเสริมการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานดูแล โดยได้จัดโครงการอบรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลชื่อว่า Home care Outreach for Palliative care Education (HOPE) โครงการนี้ได้ถูกออกแบบเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะของการจัดการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวโดยประเมิน 5 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการปวด การจัดการกับอาการ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ผลที่เกิดขึ้นภายหลังความตาย ซึ่งแบบประเมินมาจากการสำรวจความต้องการของสถานดูแลทั้งหมด 134 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในสถานดูแลจำนวน 52 คนจากสถานดูแล 2 แห่ง ประเมินผลโดยการทดสอบก่อนและหลังการได้รับการฝึกอบรม ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.97 เป็นร้อยละ 7.42 และจากการประเมินตนเองของหน่วยงานพบว่าระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.59 เป็นร้อยละ 7.94 ดังนั้นการส่งเสริมการให้ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองให้กับเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เฟอร์เรล และคณะ (Ferrell et al., 2005) ศึกษาการพัฒนาและดำเนินการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโดยผ่านการทำงานร่วมกันระหว่าง องค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ The American Association of Colleges of Nursing (AACN) and City of Hope Cancer center และ คณะกรรมการการประเมินศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Evaluation of the End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับ หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 9 ประการ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (nursing care at the end-of-life) การจัดการกับความปวด (pain management) การจัดการกับอาการ (symptom management) หลักจริยธรรมและกฎหมาย วัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (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) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (achieving quality care at the end-of-life) ในหลักสูตรนี้ได้สังเคราะห์ความรู้จากการศึกษาวิจัย และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้พยาบาลนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรการฝึกปฏิบัติแห่งชาติ 8 หลักสูตร เพื่อส่งเสริมให้เกิดผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันการศึกษา โดยดำเนินโครงการในระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี 5 หลักสูตร และโครงการการศึกษาต่อเนื่อง 3 หลักสูตร โดยคณะกรรมการการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ELNEC) ได้รวบรวมรายละเอียดต่างๆ ทั้ง

วัสดุอุปกรณ์การสอน เพื่อบูรณาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เข้าสู่หลักสูตรการสอนในการศึกษาและการปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผล ผลลัพธ์ที่สำคัญ พบว่ามีเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นและมีบัณฑิตใหม่ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในสถาบันการศึกษา และมีการกระจายของการให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาและดำเนินการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Coyne, Paice, Ferrell, Malloy, Virani, & Fennimore, 2007) ผู้ป่วยเด็ก (Malloy, Ferrell, Virani, Wilson, Uman, 2006) ผู้ป่วยวิกฤติ (Ferrell, Dahlin, Campbell, Paice, Malloy & Virani, 2007) และมีการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลและพัฒนาศาสตร์ (Malloy et al., 2006) ตามมา

คลาเมอร์ และคณะ (Cramer et al., 2003) ศึกษาถึงทัศนคติในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจำนวน 180 คน จาก 1 ใน 6 ของโรงพยาบาลในรัฐคอนเนคติกัต ในปี ค.ศ.1998-1999 พบว่าพยาบาลมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเองในระดับต่ำ พยาบาลประมาณ ร้อยละ 30 เท่านั้นที่ตอบว่าตนเองมีความรู้ในระดับเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

ซัลลิแวน และคณะ (Sullivan, Lakoma, Billings, Peters, & Block, 2005) ศึกษาผลของโครงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด โดยโครงการประกอบด้วยการเรียนการสอนใช้เวลา 2 สัปดาห์ ปีละ 1 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเรียนที่บอสตัน รัฐแมสซาชูเซต ระยะที่ 2 เรียนทางไกล ซึ่งโครงการฝึกอบรมประกอบด้วยการพัฒนาทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง การเรียนภาคทฤษฎีและวิธีการสอน ความเป็นผู้นำ และการเปลี่ยนแปลงขององค์กร การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจระยะยาวของผู้เข้าร่วมโครงการโดยสำรวจขณะเข้าโครงการสำรวจย้อนหลังก่อนเข้าโครงการ และหลังเข้าร่วมโครงการ โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลและการสอนการดูแลแบบประคับประคอง การสอนและการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโครงการ ผลของโครงการพบว่า อัตราการตอบกลับของผู้เข้าร่วมโครงการในระยะแรกร้อยละ 96 (n = 149) และร้อยละ 72 (n = 113) จากการตอบแบบสอบถามชี้ชัดว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจาก 3.0 +/- 1.1 เป็น 4.2 +/- 0.7 (1 = lowest, 5 = highest) ส่วนค่าเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมสำหรับหัวข้อการสอนนี้เพิ่มขึ้นจาก 2.6 +/- 1.0 เป็น 4.3 +/- 0.7 (1 = lowest, 5 = highest) ผู้ตอบแบบสอบถามรายงานว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยและการสอน เช่น หลังโครงการมีรายงานว่าผลจากการเข้าร่วมโครงการผู้เรียนได้รับการกระตุ้นถึงการสะท้อนกลับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยใกล้ตาย และร้อยละ 57 ได้ฝึกฝนสร้างประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ (role play) ร้อยละ 82 กล่าวว่าการประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และคำตอบปลายเปิดบรรยายถึงพลังอำนาจ

ประสบการณ์การเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโครงการสูงมาก (4.9 +/- 0.1, 1=lowest, 5=highest) สรุปได้ว่าการรวบรวมเนื้อหาสาระทางคลินิกร่วมกับการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการซึ่งการให้ความรู้เป็นสิ่งสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการส่งเสริมความสามารถของการปฏิบัติงานทางคลินิกและรูปแบบการสอนการดูแลทางคลินิก โครงการนี้เสนอรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วย กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและเสนอโอกาสในการพัฒนาวิชาชีพ

เอเดรียน และคณะ (Adriaansen, Van Achterberg, & Borm, 2005) ศึกษาผลของการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง โดยศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม พยาบาลเทคนิคมาจาก nursing homes และ home care services ส่วนพยาบาลวิชาชีพ ทำงานที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปและ home care services โดยกลุ่มทดลองได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการอบรม ประเมินผลโดยการทดสอบก่อนและหลังการได้รับการฝึกอบรม 4 เดือน การศึกษาพบว่าหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคมีความรู้เข้าใจมากขึ้นและมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เอเดรียน และแวน แอคเตอเบอค (Adriaansen & Van Achterberg, 2008) ได้ศึกษาและทบทวนงานวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 1990-2005 เกี่ยวกับประสิทธิผลของหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังหลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พบว่าหัวข้อที่เป็นพื้นฐานจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การติดต่อสื่อสาร การประคับประคองด้านจิต-สังคม ทักษะเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกเห็นใจ การจัดการกับอาการและการจัดการกับความปวด ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด คือ หลักสูตรที่บูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรูปแบบวิธีการสอนต่างๆกัน การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบความสำเร็จ นอกจากการมุ่งเน้นให้เนื้อหาความรู้แล้ว ยังมีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

งานวิจัยในประเทศไทย

รศพร ประทุมวัน (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา กับระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี เคยให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมาก่อน กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญของแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร 5 สังกัด คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัยและ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและความเชื่อเกี่ยวกับความตายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย บรรยากาศการทำงาน และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .26, p < .05, r = .14, p < .05$ และ $r = .17, p < .05$ ตามลำดับ) และปัจจัยที่ทำนายความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ดีที่สุด คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย รองลงมาคือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และบรรยากาศการทำงาน ตามลำดับ

สุภาพร ดาวดี (2537) ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ราย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเช่น หลυσส์ คามิลเลียน เซนต์แมรี และซานคามิลโล จำนวน 149 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตระหนักในตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .31, p < .001$) จากผลการศึกษา พยาบาลที่มีคะแนนความตระหนักในตนเองสูง จะมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างหรือพัฒนาความตระหนักในตนเอง แก่ใจพฤติกรรมในการดูแลบางประการที่ยังบกพร่อง เพื่อส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วันทิวา วัฒนะโชติ (2540) ศึกษาการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร 16 โรงพยาบาล จำนวน 593 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.2) มีการรับรู้เรื่องการ

สื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายมาก และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายปานกลาง โดยในส่วนของ การปฏิบัติงานด้านการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ยังปฏิบัติกันน้อย ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรงในการติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และการรับรู้เรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ($r = .25, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย คือ การรับรู้เรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย อายุของพยาบาล การปฏิบัติตามศาสนา ระดับการศึกษา และการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายได้ ร้อยละ 13.46 จากการศึกษาจะเห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายทุกๆที่ ไม่ใช่หน้าที่โดยตรง

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ศึกษา ผลการสอนการพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ มีการวัดก่อนและหลังการทดลองทันที กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 36 คน จัดกลุ่มตามแผนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่วิทยาลัยได้จัดไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยจัดให้กลุ่มแรก 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน ได้รับการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ และกรณีศึกษา 3 กรณี โดยจัดทำในลักษณะเทปวีดิทัศน์ 2 กรณี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุม ($p < .05$) จาก

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การสอน โดยใช้กรณีศึกษาเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ ในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

นุจรินทร์ ลักษณ์กุล (2543) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล วัตถุประสงค์เพื่อหาความหมายของผู้ป่วยใกล้ตาย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตามมุมมอง และประสบการณ์การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการ สทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลได้นิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะ คือ 1) ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย 2) ผู้ป่วย ที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตาย และ 3) ผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หาย ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ ตายของพยาบาล ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ตาย 2) การดูแลให้ ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกายและด้านจิตใจ คือ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและความสุขสบาย การจัดหา สิ่งที่สร้างความสุขและความพึงพอใจการสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ ใกล้ชิดกับญาติผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ และการส่งเสริมให้ ประกอบกิจกรรมความเชื่อ และ 4) การให้ข้อมูลที่จำเป็น นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการ ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลจะแตกต่างและปรับเปลี่ยนตามนิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตายจะเน้นการช่วยชีวิตผู้ป่วย ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง ในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสม กับศักยภาพ และสอดคล้องกับอาการที่แปรเปลี่ยนไปของผู้ป่วย

จันทร์เพ็ญ มโนศิลป์กร (Manosilapakorn, 2003) ศึกษาถึงทัศนคติ ความรู้ สถานการณ์ที่ ต้องเลือกและการจัดการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทย ทำการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 538 คน จาก 6 โรงพยาบาลในภาคเหนือตอนบน ภาคใต้ตอนล่าง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาค กลาง และภาคใต้ของประเทศไทย ใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ พัฒนาโดย Howard Tuch and Genesis ElderCare และนำมาแปลเป็นภาษาไทย ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับความตาย ภาวะใกล้ตาย และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15, p < .01$) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับการศึกษา ($r = .09, p < .05$) และรายได้ประจำปี ($r = .09, p < .05$) ขณะเดียวกันได้ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ 12 คน ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลใช้การพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย มีการ

ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีการให้คำแนะนำแผนการรักษาของแพทย์ มีการทำหน้าที่เหมือนญาติผู้ดูแล สนับสนุนให้กำลังใจ ติดต่อให้ข้อมูล ประสานงานและเป็นตัวแทนผู้ป่วย

ปราโมทย์ ทองสุข และทัศนีย์ นะแส (2546) ได้ศึกษาการจัดการเรียนการสอนมรณศึกษา ในระดับปริญญาตรีของสถาบันศึกษาพยาบาลในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการเรียนการสอนมรณศึกษา ในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ในประเด็นของวิธีการจัดการมรณศึกษา วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ กลวิธีการสอน สื่อหรือแหล่งการเรียนรู้ ระยะเวลาของการเรียนการสอน และวิธีการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ สถาบันการศึกษาพยาบาลที่สังกัดหน่วยงานต่างๆกัน 8 แห่ง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า สถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอนมรณศึกษาด้วยวิธีสอดแทรกเนื้อหาไว้ในรายวิชาการพยาบาลต่างๆ มีสถาบันการศึกษาพยาบาล 1 แห่งจัดเป็นรายวิชาและมี 1 แห่งไม่ได้จัดการเรียนการสอนมรณศึกษาไว้ในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี วัตถุประสงค์การเรียนรู้เน้นด้านพุทธิปัญญา สถาบันที่จัดมรณศึกษาแบบสอดแทรกเนื้อหาจะสอนเนื้อหาสาระคล้ายคลึงกัน ระยะเวลาการเรียนการสอน 2.5 ถึง 4 ชั่วโมง กลวิธีการสอนส่วนใหญ่ใช้วิธีบรรยาย มีเอกสารประกอบการสอน และประเมินผลด้วยแบบทดสอบเป็นหลัก

ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (2548) ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างน้อย 1 ราย ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชศาสตร์ ในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 270 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.26 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.4 มีทัศนคติที่ดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และร้อยละ 74.8 มีพฤติกรรมการดูแลในระดับสูง และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ($r = .39, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผลการศึกษายังพบว่าพยาบาล ร้อยละ 42.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพยังต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่มีความซับซ้อนในการปฏิบัติและเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลได้รับความสนใจมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดจากรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะทางที่จะต้องมีการเรียนรู้และฝึกฝนซึ่งจะเห็นได้จากงานวิจัยในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้แก่นุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยนั้น มีงานวิจัยเชิงบรรยายและหาความสัมพันธ์แต่ยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการให้ความรู้กับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ และควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรได้รับความรู้เพิ่มเติม โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับพยาบาลเพื่อจะได้มีความรู้และรับรู้สมรรถนะในตนเอง ที่จะให้การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น

4. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) และต่อมาได้ปรับเป็น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรานั้น แบนดูรามีความเชื่อว่าพฤติกรรมของเรา ไม่ได้เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ และการอยู่ร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมร่วมด้วย

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูราได้เน้นแนวคิด 3 ประการด้วยกันคือ แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy) (Bandura, 1977)

แบนดูรา ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยในระยะแรกได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังในสมรรถนะในตนเอง (efficacy expectations) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) ต่อมา ค.ศ. 1986 แบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่

กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวเชื่อมระหว่างการรับรู้กับการกระทำพฤติกรรม เพราะการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกิดก่อนความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม แบบดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่ามี การรับรู้สมรรถนะที่แตกต่างกัน แม้ในคนเดียวกันถ้าการรับรู้สมรรถนะในตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ แบบดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ ซึ่งก็คือถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans,1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) นอกจากนี้แบบดูราได้อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นดังเสนอผังแผนภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (จาก Bandura, 1977 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม เช่น นักกีฬาเชื่อว่าตนสามารถกระโดดได้สูง ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ส่วนความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น เป็นความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ทำได้ กล่าวคือ เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำ เช่น การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล ความพึงพอใจในตนเองที่จะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต แต่ผลที่เกิดขึ้นไม่ได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำ เพราะผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่า พฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ เช่น จะกระโดดได้สูง 6 ฟุตหรือไม่ นั่นไม่ได้เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ อย่างแน่นอน แต่ถ้าบุคคลมีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำบุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรมซึ่งแสดงดังแผนภาพที่ 3

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ สมรรถนะใน ตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (จาก Bandura, 1978 อ้างใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549)

ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้น แบนดูราได้เสนอแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลไว้ 4 แหล่ง คือ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ซึ่ง แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้น จำเป็นจะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขาเรียนรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รู้ว่าตนมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายแต่จะพยายาม ทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) หมายถึง การได้เห็นผลงานหรือการกระทำของผู้อื่น ซึ่งได้รับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือการเห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเองและทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำงานนั้นอย่างประสบผลสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) หมายถึง การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูง โน้มน้าวของบุคคลอื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อใช้พิจารณาความสามารถของตน และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่งเบนคูรากล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (physiological arousal) หมายถึงสภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูง จะรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ การลดความกลัวและความกังวลจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

การช่วยให้พยาบาลมีความรู้และรับรู้สมรรถนะในตนเองว่าตนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ นั่นก็คือ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของเบนคูรา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การได้รับคำบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบผลสำเร็จ เป็นวิธีการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ด้วยการสื่อสารจูงใจ โน้มน้าวให้เข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย การจัดการกับอาการ (symptom management) การจัดการกับความปวด (pain management) การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (psychosocial and spiritual care/ethical issues) การ

ติดต่อสื่อสาร (communication) จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจและมีความเชื่อมั่น รับรู้ได้ว่าตนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

2. การได้ชมภาพยนตร์เรื่อง “Wit” เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ทำให้ได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) โดยการให้พยาบาลได้เห็นการกระทำของตัวแบบผ่านทางภาพยนตร์ซึ่งเป็นการกระทำที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนทำให้พยาบาลเห็นแนวทางและเกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างประสบผลสำเร็จได้

3. การวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นวิธีการที่ทำให้เกิด ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) เป็นวิธีการที่ฝึกการใช้ทักษะ ความรู้ที่ได้จากการบรรยายมาใช้ในการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในกรณีศึกษา เป็นการสร้างให้เขาฝึกการ ได้มีประสบการณ์ตรงซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน

4. คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นส่วนประกอบที่พยาบาลสามารถนำกลับไปอ่านทบทวนเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ เป็นการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังเป็นวิธีกระตุ้นเตือน เพิ่มความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อมีความรู้ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยอาจลด ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวในให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 4 ข้อ เป็นการบูรณาการความรู้ และวิธีการเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ และรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทรพีญ มโนศิลป์กร (Manosilapakorn, 2003) และนำมาปรับด้านภาษาเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาของงานวิจัยครั้งนี้และนำมาประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 หัวข้อหลัก คือความรู้ทั่วไปและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับความปวด การจัดการกับอาการ การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ข้อสรุปเกี่ยวกับความตาย ภาวะใกล้ตาย ภาวะเศร้าโศก ส่วนแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) และปรับให้สอดคล้องกับข้อคำถามด้านความรู้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดซ้ำ (one-group repeated measure design) ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวโดยวัดก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ วัดดูประสิทธิผลเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และไอซียู โรงพยาบาลตำรวจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2550 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน
4. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1992) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่น .05 effect size ขนาดกลางเท่ากับ .25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม สิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะ

นำเสนอในภาพรวม และข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองและในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ และมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รูปแบบของโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การชมภาพยนตร์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา ใช้เวลาทั้งหมด 8 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

- แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- การจัดการกับอาการ (Symptom management)
- การจัดการกับความปวด (Pain management)
- การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Psychosocial and spiritual care / Ethical issues)
- การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Communication)

2. การชมภาพยนตร์เรื่อง “wit” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นภาพยนตร์ของต่างประเทศซึ่งต่างกับวัฒนธรรมของไทย แต่เป็นภาพยนตร์ที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเป็นตัวแบบที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ของผู้ชมให้เกิดอารมณ์คล้อยตาม ภาพยนตร์แสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย เป็นตัวแทนบอกความต้องการของผู้ป่วยและประสานงานในทีมสุขภาพทำให้สามารถทำตามความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบ (peaceful death)

3. การวิเคราะห์ กรณีศึกษา หลังเสร็จสิ้นการบรรยายและชมภาพยนตร์ ใช้เวลา 30 นาที โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มกลุ่มละ 20 คน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ตลอดจนทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด การวิเคราะห์ วิจารณ์ในประเด็นของกรณีศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกับกรณีศึกษา

4. คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อมอบให้พยาบาลนำกลับไปอ่านทบทวน ซึ่งบทความหรือเนื้อหาภายในคู่มือมีความสอดคล้องกับเนื้อหาการอบรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย เนื้อหาการอบรมคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภาพยนตร์เรื่อง “wit” และกรณีศึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลและนักวิจัย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และภาพประกอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด

แบบสอบถามชุดที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

แบบสอบถามชุดที่ 2. แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาโดย Howard Tuch and Genesis Elder Care แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทรพีญ มโนศิริปกร (Manosilapakorn, 2003) และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับเนื้อหางานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งเป็น 5 หัวข้อหลัก ดังนี้

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

4. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ข้อ16-17)
5. ข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก (ข้อ18-20)

รูปแบบข้อคำถามเป็นแบบ ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว จากข้อคำตอบให้เลือกทั้งหมด 4 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.95

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผ่านการสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดสอบกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย เพื่อคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Polit & Hungler, 1999) ได้เท่ากับ 0.60 และการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.61

แบบสอบถามชุดที่ 3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะในตนเองในทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977) และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ที่ประเมินถึง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามข้อคำถามด้านความรู้ ลักษณะการให้คะแนนความเชื่อมั่นเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต (Likert scale) คือ ไม่มั่นใจเลย ได้ 1 คะแนน มั่นใจเล็กน้อยได้ 2 คะแนน มั่นใจปานกลางได้ 3 คะแนน มั่นใจมากได้ 4 คะแนน และมั่นใจมากที่สุดได้ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของ

เนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.85

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดสอบกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย เพื่อคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Polit & Hungler, 1999) ได้เท่ากับ 0.89 และการศึกษาครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
2. ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
3. ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้างานพยาบาล หัวหน้างานวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและแจ้งกำหนดนัดหมายการเข้าอบรม ตารางการอบรม และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดต่างๆ พร้อมสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งกำหนดการอบรมตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดที่ 1 2 และ 3 ก่อนเข้าโปรแกรม และใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 สำหรับประเมินหลังเข้าโปรแกรมทันทีและหลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์

ขั้นตอนดำเนินการ

เมื่อถึงกำหนดวันเข้าโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการขั้นตอนดำเนินการมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Pre-test) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามโดยแจกแบบสอบถามชุดที่ 1 2 และ 3 ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที แล้วส่งคืน

แบบสอบถามชุดที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

แบบสอบถามชุดที่ 2 คือ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 3 คือ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง บรรยายในหัวข้อเรื่องดังนี้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ (Symptom management) การจัดการกับความปวด (Pain management) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Communication)

ขั้นตอนที่ 3 ชมภาพยนตร์เรื่อง “wit” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง บรรยายในหัวข้อเรื่อง การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Psychosocial and spiritual care / Ethical issues)

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์กรณีศึกษา แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน มีการนำเสนอเกี่ยวกับข้อคำถามในกรณีศึกษาในแต่ละกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ร่วมวิจัยหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (Post-test ครั้งที่ 1) โดยแจกแบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที แล้วส่งคืน

ขั้นตอนที่ 7 แจกคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำไปศึกษา ทบทวนหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 8 หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยจะประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ร่วมวิจัยอีกครั้งหนึ่ง (Post-test ครั้งที่ 2)

โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 โดยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ติดต่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis testing) 2 ข้อ โดยใช้สถิติ ANOVA ชนิด one-way repeated measure design

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นแบบกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 3 ครั้ง (one-group repeated measure design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นเวลายาวน้อย 1 ปี เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย ไม่เคยเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน จำนวน 60 ราย ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน กันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2550 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis testing) 2 ข้อโดยใช้สถิติ ANOVA ชนิด one-way ANOVA แบบ repeated measure (ตารางที่ 2-6)

สมมติฐานที่ 1 พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานที่ 2 พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 60 คน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25 - 54 ปี อายุเฉลี่ย 36.68 ปี (SD = 8.1) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 48.34) สถานภาพสมรสโสดคิดเป็นร้อยละ 68.34 นับถือศาสนาพุทธทุกคน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 2-32 ปี ค่าเฉลี่ย 14.03 ปี (SD = 8.0) ร้อยละ 50 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ร้อยละ 58.33)

และกลุ่มตัวอย่าง (n = 58 , ไม่ตอบ 2 คน) เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1-50 คน ค่าเฉลี่ย 9.29 คน (SD = 10.73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 77.34 เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนจำนวน 1-10 คน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับสูงสุดของการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (n=60)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	60	100
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	14	23.33
31-40 ปี	29	48.34
41-50 ปี	12	20.00
51 ปีขึ้นไป	5	8.33
(\bar{X} = 36.68 ปี, SD = 8.1, range = 25-54 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	41	68.34
สมรส	17	28.33
หม้ายหรือหย่า	2	3.33
ศาสนา		
พุทธ	60	100.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	48	80.00
ปริญญาโท	12	20.00

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับสูงสุดของการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	21	35.00
หอผู้ป่วยไอซียู	17	28.33
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	16	26.67
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	5	8.33
หน่วยเวชกรรมสังคม	1	1.67
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1-4 ปี	2	3.33
5-10 ปี	28	46.67
10 ปีขึ้นไป	30	50.00
(\bar{X} = 14.03 ปี, SD = 8.00, Range = 2-32 ปี)		
ประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
เคย	25	41.67
ไม่เคย	35	58.33
จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยดูแลภายในระยะเวลา 1 ปี		
1-10 คน	44	73.34
11-20 คน	9	15.00
21-30 คน	3	5.00
31-40 คน	0	0.00
41-50 คน	2	3.33
ไม่ตอบ	2	3.33
(\bar{X} = 9.29 คน, SD = 10.79, Range = 1-50 คน)		

ส่วนที่ 2 ทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานที่ 2 พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์

ตัวแปร	Range	Mean	SD
ความรู้			
ก่อนเข้าโปรแกรม	7 - 18	14.63	2.03
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	10 - 20	16.15	2.07
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	13 - 20	16.33	1.75
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง			
ก่อนเข้าโปรแกรม	22 - 86	65.17	12.38
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	60 - 100	78.32	10.22
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	58 - 100	79.78	9.97

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 14.63 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองเท่ากับ 65.17 หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที ทั้งความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 16.15 และ 78.32 ตามลำดับ และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทั้งความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที เป็น 16.33 และ 79.78 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	2	104.48	52.24	24.25	<.001
ระหว่างกลุ่ม	118	254.19	2.15		

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงได้ทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยการเปรียบเทียบวิธี Bonferroni ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

เวลา	คะแนนเฉลี่ยความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์
ก่อนเข้าโปรแกรม	14.63	-	-1.517*	-1.700*
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	16.15	-	-	- 0.183
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	16.33	-	-	-

* $p < .001$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังสิ้นสุด โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	1	7774.41	7774.41	70.03	< .001
ระหว่างกลุ่ม	59	6549.59	111.01		

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงได้ทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยการเปรียบเทียบ ด้วยวิธี Bonferroni ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

เวลา	คะแนนเฉลี่ย การรับรู้ สมรรถนะใน ตนเอง	ก่อนเข้า โปรแกรม	หลังสิ้นสุด โปรแกรม ทันที	หลังสิ้นสุด โปรแกรม 4 สัปดาห์
ก่อนเข้าโปรแกรม	65.17	-	-13.150*	-14.617*
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	78.32	-	-	-1.467
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	79.78	-	-	-

* $p < .001$

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ 3 ครั้ง (one-group repeated measure design) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ จากผลการศึกษาวิจัยได้นำมาอภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .001 (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 1-10 คนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 77.34 แต่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างจึงสนใจที่จะเรียนรู้และได้รับความรู้มากขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความรู้ หรือข้อมูลใหม่ไปเสริมประสบการณ์เดิม และเป็นไปตามแนวคิดของฮัลล์ (ทิสนา แคมณี, 2547) ที่กล่าวว่า เมื่อต้องการให้ใครเกิดการเรียนรู้จะต้องให้สิ่งกระตุ้นที่ตรงกับความต้องการ หรือแรงขับ หรือแรงจูงใจของผู้เรียน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนแต่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประสบการณ์ที่ละเอียดอ่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ พยาบาลรู้สึกว่ายังมีความรู้และทักษะ การเตรียมความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความรู้ และทักษะในการดูแลเฉพาะ เช่น การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การจัดการกับความเครียด หลักจริยธรรม

และการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Corner, Wilson-Barnett, 1992; Sellick, Charles, Dadsvik, & Kelley, 1996) ดังนั้นการให้ความรู้โดยใช้วิธีหลายรูปแบบประกอบกันเนื้อหาเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญและปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยในลักษณะโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จึงตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพนี้เป็นการบูรณาการเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายประกอบกันเป็นลักษณะการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการให้ความรู้เฉพาะ เนื้อหา ประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนวิธีการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การฉายภาพยนตร์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา และมอบคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งการบูรณาการเนื้อหาความรู้และวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย สอดคล้องกับกรอบทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเอเดรียน และแวน แอคเตอเบอค (Adriaansen & Van Achterberg, 2008) รวบรวมงานวิจัยในช่วงปี 1990-2005 เกี่ยวกับหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองก่อน และหลังระดับบัณฑิตศึกษา พบว่าหัวข้อที่เป็นพื้นฐานจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การติดต่อสื่อสาร การประคับประคองด้านจิต-สังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกเห็นใจ การจัดการกับอาการและการจัดการกับความปวด รวมทั้งการบูรณาการวิธีการสอนต่างๆกัน โดยมีการใช้เครื่องมือ วัสดุทัศน หรือ เทปบันทึกเสียง การแสดงบทบาทสมมติ และการวิเคราะห์กรณีศึกษา การมีส่วนร่วมอภิปราย ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด คือ หลักสูตรที่บูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรูปแบบวิธีการสอนต่างๆกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบความสำเร็จ นอกจากการมุ่งเน้นให้เนื้อหาความรู้แล้ว ยังมีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ถึงแม้ว่ายังไม่เคยรับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อได้รับความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ก็ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ มากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรล และคณะ (Ferrell, Grant, & Virani, 1998) ที่พบว่า การฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองให้กับพยาบาลในสถานผู้ดูแลจำนวน 52 คนจาก

สถานผู้ดูแล 2 แห่งหัวข้อการอบรม ได้แก่ แนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการปวด การจัดการกับอาการ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ผลที่เกิดขึ้น ภายหลังความตาย ประเมินผลโดยการทดสอบก่อนและหลังการได้รับการฝึกอบรม ผลการศึกษา พบว่าระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อย ละ 5.97 เป็นร้อยละ 7.42 และจากการประเมินตนเองของหน่วยงานพบว่าระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.59 เป็นร้อยละ 7.94

ดังนั้นความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุด โปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย มากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังสิ้นสุด โปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ตารางที่ 4) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายสามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความรู้ยังคงอยู่หลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้ระยะเวลาจะผ่านไป 4 สัปดาห์แล้วก็ตาม และ อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มอบคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อนำไปทบทวนความรู้จึงเป็นผลให้กลุ่ม ตัวอย่างมีโอกาสทบทวนความรู้ทำให้มีความรู้อย่างต่อเนื่องและคงอยู่ ซึ่งรูปแบบการศึกษาวิจัยใน ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร ชาตรียานุโยค พรพิมล มาศนราภรณ์ เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัย กุล และอารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ของ พยาบาลศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลรามารับดี พบว่า การทดสอบ ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ก่อนการอบรม กับครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการอบรม และ ครั้งที่ 3 หลัง การอบรมแล้ว 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และความรู้ของกลุ่ม ตัวอย่างหลังสิ้นสุดการอบรมและ หลังการอบรมแล้ว 1 เดือนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการสอนและการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เพิ่มขึ้น และความรู้ยังคงอยู่หลังจากเวลาผ่านไปแล้ว 1 เดือน

จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ ประกอบด้วย การบูรณาการเนื้อหาความรู้และวิธีการต่างๆ มีส่วนช่วยให้พยาบาลมีความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นกว่าเดิม และ ความรู้ยังคงอยู่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์

สมมติฐานที่ 2 พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จัดขึ้น ทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและจากความรู้ที่เพิ่มขึ้นสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของพยาบาล ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น พยาบาลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นหลังจากได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ได้เห็นบทบาทของพยาบาลที่ดีจากการชมภาพยนตร์ และมีโอกาสฝึกคิด วิเคราะห์ ฝึกฝน และได้ใช้เวลาในการทบทวนไตร่ตรองข้อมูลและได้รับประสบการณ์ใหม่ที่ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นแนวทางในการวิจัยเริ่มจากการให้ความรู้ โดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ด้วยการสื่อสารจูงใจ โน้มน้าวให้เข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจและมีความเชื่อมั่นรับรู้ได้ว่าตนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สำเร็จ

การชมภาพยนตร์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อ ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ได้เห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมจากตัวแบบ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จได้ (Bandura, 1997) ตลอดจนเป็นการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ สร้างจิตสำนึก ivate ความรู้สึกและเข้าใจผู้ป่วย โดยภาพยนตร์จะเป็นสื่อให้เห็นแบบอย่างของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เห็นตัวอย่างของการดูแลแบบองค์รวมด้วยการให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และเห็นคุณค่าของการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดความวิตกกังวลและความกลัว มีความมั่นใจ โดยได้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆมากขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งการศึกษาตามแบบอย่างหรือตัวอย่างหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นการได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้อื่น (vicarious experience) เป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่ทำให้คิดคล้ายตามได้ว่า บุคคลอื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ และมีความพยายาม โดยเฉพาะถ้าต้นแบบนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน มีความพยายามและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นภาพยนตร์จากต่างประเทศอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยทั้งหมด แต่ตัวละครในบทภาพยนตร์ได้แสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ศึกษาผล

ของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การนำเสนอตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรม สามารถนำมาสังเกตและทบทวนได้ตามต้องการ นอกจากนี้สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์พฤติกรรมของตัวแบบ และควบคุมผลการกระทำของตัวแบบที่ได้รับให้เหมาะสม สามารถกำหนดลักษณะและแนวทางพฤติกรรมของตัวแบบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องได้

จากคำกล่าวของเบนคูราที่ว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้น ไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้พยาบาลที่เข้าโปรแกรมได้มีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นวิธีการที่เกิดจาก ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) เป็นวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการใช้ทักษะ ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ให้เกิดการใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และกระตุ้นการสะท้อนคิด เป็นการสร้างประสบการณ์ จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ได้ฝึกฝนสร้างประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ ซึ่ง ซัลลิแวน และคณะ (Sullivan et al., 2005) กล่าวว่าประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งความรู้ที่ได้จากการบรรยายและการชมภาพยนตร์นำมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ร่วมกันแก้ไขปัญหาในกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์หลากหลาย ความคิดเห็น เป็นการสร้างให้มีประสบการณ์ตรงซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในความสามารถของตน ซึ่งทำให้พยาบาลค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

การวิเคราะห์กรณีศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัสมน นามวงษ์ (2540) ศึกษาผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอน โดยใช้กรณีศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่า การสอนโดยใช้กรณีศึกษา เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจัดเสริมให้ เพื่อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมและเป็นวิธีการกระตุ้นเตือน ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย เมื่อมีความรู้และความตระหนักรู้ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลและสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สำเร็จตามความมุ่งหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร โชติ วิทยากรา (2543) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีสื่อการสอนประกอบด้วย ภาพพลิกและคู่มือในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับภาพพลิก ให้มารดานำกลับไปอ่านที่บ้าน หรือเมื่อบุตรมีอาการผิดปกติมารดาสามารถนำมาอ่านและช่วยบุตรเบื้องต้นได้ พร้อมทั้งมีเครื่องกระตุ้นเตือน คือ จดหมายและแบบบันทึกสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารดา ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงทำให้ความรู้มากขึ้นแต่ยังสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง การบูรณาการความรู้พื้นฐานจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและวิธีการสอนที่แตกต่างกันหลายวิธีส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงขึ้นหลังจบโปรแกรมเช่นเดียวกับการศึกษาของ พาร์สันส์ (Parsons, 2007) ซึ่งศึกษาผลของการศึกษาทางออนไลน์ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในบทบาทของผู้สอนของพยาบาลชุมชน พบว่า หลังจากจบโปรแกรมการศึกษาทางออนไลน์พยาบาลชุมชนมีคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในบทบาทของผู้สอนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเริ่มโปรแกรมการศึกษาทางออนไลน์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิน, คิม และควอน (Shin, Kim, & Kwon, 2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการศึกษาการดูแลหลังคลอดของมารดาครั้งแรก พบว่าหลังจากมารดาครั้งแรกได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดมีความรู้การดูแลหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถพัฒนาความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่ง โปรแกรมส่งเสริมจะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น สามารถนำไปปรับใช้เพื่อเพิ่มความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาล กระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพยาบาลมีความรู้ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป การศึกษาครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการบูรณาการความรู้และวิธีการให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมุ่งให้มีความรู้ในการกระทำและความเชื่อมั่นในการดูแลเพื่อ

บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เพื่อเป็น
หลักประกันคุณภาพของการดูแลตั้งแต่เกิด เจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็น
จรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดซ้ำ (one-group repeated measure design) ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวโดยวัดก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างน้อย 1 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย ไม่เคยเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน จำนวน 60 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระหว่างเดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาพยนตร์เรื่อง wit'' การวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้สถิติ ANOVA ชนิด one-way repeated measure design สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การนำผลการวิจัยไปใช้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประสบการณ์ที่มีความละเอียดอ่อนเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งศรัทธาและความเชื่อ ความไม่แน่นอนระหว่างชีวิตและความตาย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยอาจทุกข์ทรมานด้วยอาการต่างๆมากมาย อาการต่างๆเหล่านี้อาจทำให้เกิดความเครียดและความกังวลใจให้กับพยาบาล ที่รู้สึกว่าตนเองขาดความรู้และความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งพยาบาลต้องการการฝึกฝน จากการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้ พบว่าสามารถเพิ่มระดับความรู้ และระดับการรับรู้สมรรถนะในตนเองได้ ดังนั้นผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน พยาบาลเหล่านี้มีประสบการณ์ มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในระดับหนึ่ง การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรูปแบบหนึ่ง ที่บูรณาการความรู้และวิธีการที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษาวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้คนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถและสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นควรมี การศึกษาวิจัยต่อไปด้านการส่งเสริมความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์บาลควร วางนโยบาย ในการความรู้ให้ครอบคลุม แนวทางการปฏิบัติแก่พยาบาลอย่างเพียงพอ เพื่อคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับนโยบายของประเทศที่กล่าวว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประกันคุณภาพ รับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Implications for further studies)

1. ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องที่จะช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะยาว
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นผลของ โปรแกรมชัดเจนมากขึ้น
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวัดถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง
4. ภาพยนตร์ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเป็นภาพยนตร์ที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม สังคมไทย

ข้อจำกัดของงานวิจัย (limitation of the studies)

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลตำรวจเพียงแห่งเดียว โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้ และรูปแบบงานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองแต่ไม่มีกลุ่มควบคุมซึ่งถ้ามีกลุ่มควบคุมจะทำให้ผลของการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพครั้งนี้ชัดเจนมากขึ้น
2. ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นข้อจำกัด ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลา 1 เดือนอาจจะสั้นเกินไปในการประเมินความคงอยู่ของความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
ของพยาบาลวิชาชีพ (THE EFFECT OF A SUPPORTIVE EDUCATIONAL, END-
OF-LIFE CARE PROGRAM ON KNOWLEDGE AND PERCEIVED SELF-
EFFICACY OF PROFESSIONAL NURSES)

แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา 4736910 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing),
ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสวัสดิภาพของผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ และผู้ที่อ่อนแอ (ANA, 1991) และพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Ferrell, Grant, & Virani, 1999) ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับดีที่สุดตามศักยภาพตลอดวงจรของชีวิต นับแต่ปฏิสนธิ ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก ที่มีปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ รุมเร้า จากการดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น เจ็บปวด หายใจไม่สะดวก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยบางรายอาจช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาการต่างๆ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งอาจเกินความสามารถของตัวผู้ป่วยและญาติในการดูแล ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจัดการกับอาการเหล่านี้ การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรรู้ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ในการดูแล

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประกันคุณภาพ รับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มี

ประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมกัน บทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคม เป็นเกณฑ์มาตรฐานหนึ่ง โดยผู้ป่วยและญาติมุ่งหวังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) โรงพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลควรมีความตื่นตัวเรื่องคุณภาพการดูแลทั้งในด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการตอบสนองความต้องการและเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

แพทย์ พยาบาลรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย บรรเทาอาการเจ็บปวดหรือมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานให้น้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิต มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ได้อยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่างๆ ให้ญาติพี่น้องผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และควรเข้าใจ ความรู้สึกและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว หรือเอาใจเขามาใส่ใจเราและมีเจตคติที่จะดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2548) และยึดหลักการดูแลแบบประคับประคองที่เรียกว่า Palliative care คือ มุ่งที่จะทำให้ทั้งผู้ป่วย ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัวมีคุณภาพชีวิต โดยเน้นที่การดูแลบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องเป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในต่างประเทศ มีตำราวารสารทางวิชาการ และมีผลการวิจัยออกมาใหม่ๆ มากมาย และมีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งใช้เวลาศึกษาเพิ่มเติม 4-6 เดือน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547; Ferrell et al., 2005) ส่วนการศึกษาของพยาบาลในประเทศไทย ได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาในประเทศไทยพบว่า สถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอน ด้วยวิธีสอดแทรกเนื้อหาไว้ในรายวิชาการพยาบาลต่างๆ (ปราโมทย์ ทองสุข และ ทัศนีย์ นະแส, 2546) นอกจากนี้ปัจจุบันยังมีการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ปีการศึกษา 2545 ถึงปัจจุบันมี 6 รุ่นมีจำนวนทั้งสิ้น 54 คน และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาล

ถึงปัจจุบันมี 6 รุ่นมีจำนวนทั้งสิ้น 54 คน และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิทยาลัยพยาบาลเพื่อการบูรณาระยะเวลา 2 เดือน รุ่นที่1 เมื่อปีการศึกษา 2550 จำนวน 13 คน (หน่วยทะเบียนและประมวลผลการศึกษา, 2551) ซึ่งการศึกษอบรมที่มีอยู่ในประเทศไทยอาจยังไม่เพียงพอกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพราะมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นทุกวัน มีพยาบาลอีกจำนวนไม่น้อยที่รู้สึกว่าคุณเองขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอาจกระตุ้นความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หรืออาจรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือมองไม่ออกว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะนี้ได้อย่างไร ทำให้รู้สึกลำบากใจหรืออึดอัดใจ ทำให้พยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญกับผู้ป่วย โดยให้เวลากับผู้ป่วยน้อยลงหรือหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2548) จนทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากพยาบาลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จึงเป็นบททดสอบที่ยากและท้าทายความสามารถของพยาบาล ในขณะเดียวกัน อาจก่อให้เกิดความเครียดและความกังวลใจของพยาบาล

จากการศึกษาของ เดกเนอร์ และกาว (Degner & Gow, 1988) เกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ ต่อมาเคลมเมอร์และคณะ (Cramer, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler, & Bradler, 2003) ศึกษาทัศนคติในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจำนวน 180 คน จาก 1 ใน 6 ของ โรงพยาบาลในรัฐคอนเนคติกัระหว่างปี ค.ศ.1998 -1999 พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีแต่พบว่าพยาบาลมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเองในระดับต่ำ ประมาณ ร้อยละ 30 เท่านั้นที่เห็นว่าตนเองมีความรู้ในระดับเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (2548) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมาก่อน ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชศาสตร์ ทั้งในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล รามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 270 คน พบว่า ร้อยละ 42.2 ไม่เคยรับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จะเห็นได้ว่า ความรู้ เป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนาความรู้ การตระหนักรู้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควร

ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ และเกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามมา ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วย การบรรยายเรื่อง การจัดการกับอาการ (symptom management) การจัดการกับความปวด (pain management) การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (psychosocial and spiritual care/ethical issues) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication) ภาพยนตร์เรื่อง “Wit” การวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

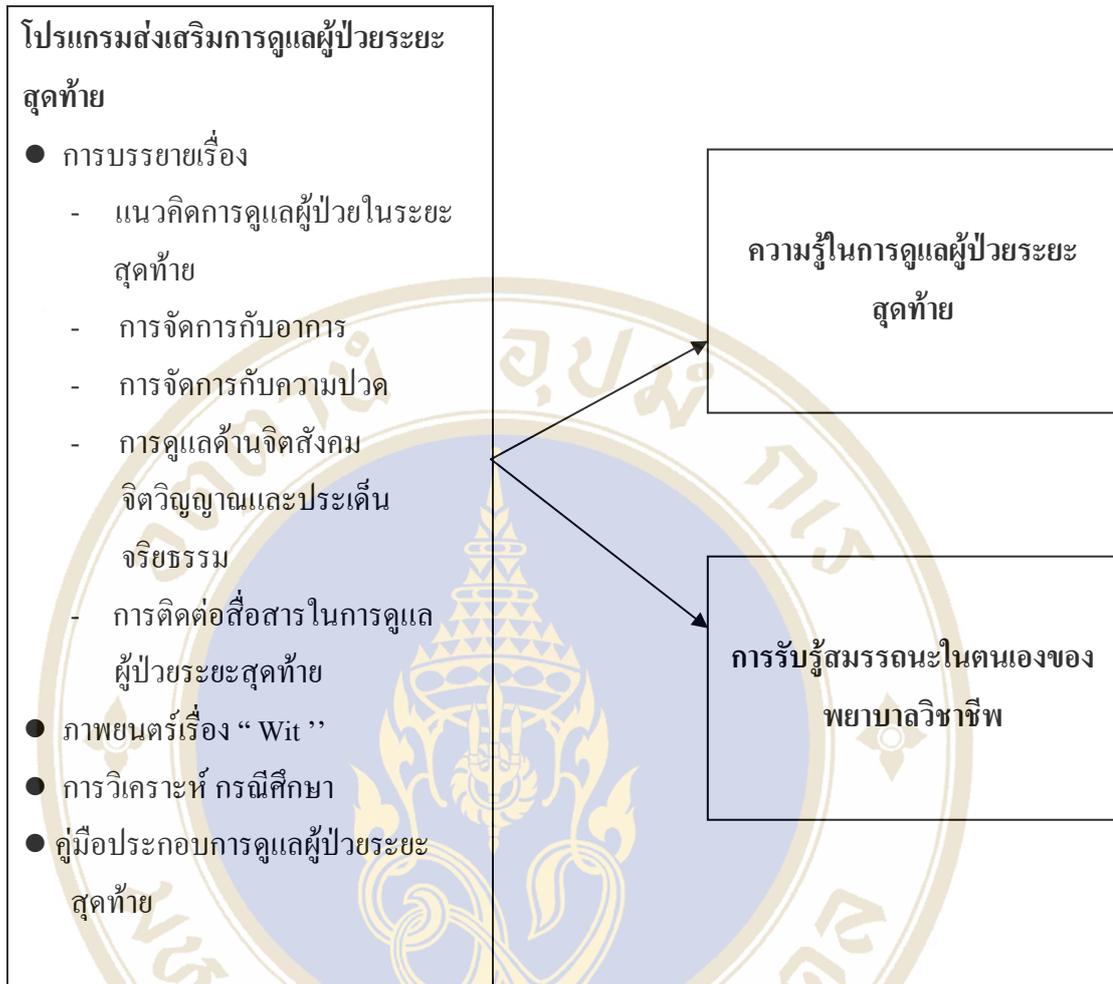
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาล ซึ่งแบนดูรา นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้พัฒนาแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเน้นแนวคิด 3 ประการ คือ การเรียนรู้โดยการสังเกต (observation learning) การกำกับตนเอง (self-regulation) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self-efficacy) แบนดูรา เชื่อว่าความสามารถของคนเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง คือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น โดยโครงสร้างทฤษฎีอธิบายได้ว่า

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ในระดับใด ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าจะมีความสามารถก็จะมี การแสดงออกถึงความสามารถนั้น ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเกิดขึ้นได้โดยมีพื้นฐานการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (Bandura, 1977) ซึ่งประกอบด้วย 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishment) 2) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self efficacy theory) ของ แบนดูรา จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การ

ติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ซึ่งเป็นการใช้วิธีชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) กระตุ้นให้เกิดความรู้และความตระหนักรู้ ซึ่งได้จากการได้รับการชักจูงโน้มน้าวของบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ มาให้ข้อมูล เมื่อมีความรู้มากขึ้นก็จะทำให้รู้สึกมั่นใจ ลดความกลัว ลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องดังกล่าวได้ 2) ภาพยนตร์ เรื่อง “Wit” เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อซึ่งเป็นการได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) ได้เห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมจากตัวแบบ ตลอดจนเป็นการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal) โดยภาพยนตร์เป็นสื่อให้เห็นแบบอย่างของการกระทำ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ลดความวิตกกังวลและความกลัว คู่กันกับสถานการณ์นั้นๆ มากขึ้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง 3) การวิเคราะห์กรณีศึกษา กรณีศึกษาเป็นตัวอย่างสถานการณ์ที่คล้ายสภาพการณ์จริง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการฝึก การคิดวิเคราะห์ให้เกิดการใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นการสร้างประสบการณ์ จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishment) ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มสูงขึ้น และ 4) คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติม เพื่อกระตุ้นเตือนและเป็นการเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดซ้ำ (one-group repeated measure design) ประชากรในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนก ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นารีเวชกรรม และไอซียู ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตำรวจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน และ 4) มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวน 60 คน

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ 1) การบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ (symptom management) การจัดการกับความปวด (pain management) การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (psychosocial and spiritual care/ethical issues) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication) 2) ชมภาพยนตร์เรื่อง "wit" 3) การวิเคราะห์กรณีศึกษา และ 4) คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และภาพประกอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 2) แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อ และ 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะในตนเองในทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977) ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ และนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.60 และ 0.89 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.61 และ 0.96 ตามลำดับ

ขั้นตอนการอบรมเชิงปฏิบัติการมีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Pre-test) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามโดยแจกแบบสอบถามบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที แล้วส่งคืน ขั้นตอนที่ 2 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ (symptom management) การจัดการกับความปวด (pain management) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 3 นำเสนอภาพยนตร์เรื่อง “wit” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (psychosocial and spiritual care / ethical issues) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์กรณีศึกษา ใช้เวลา 30 นาที ขั้นตอนที่ 6 ประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ร่วมวิจัยหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (Post-test ครั้งที่ 1) โดยแจกแบบสอบถามประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที แล้วส่งคืน ขั้นตอนที่ 7 แจกคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำไปศึกษาทบทวนหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขั้นตอนที่ 8 หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ร่วมวิจัยอีกครั้งหนึ่ง (Post-test ครั้งที่ 2) ผู้วิจัยได้ติดต่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) และสถิติอ้างอิง (inferential statistics)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 60 คนจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-54 ปี อายุเฉลี่ย 36.68 ปี (SD = 8.1) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 48.34) สถานภาพสมรสโสดคิดเป็นร้อยละ 68.34 นับถือศาสนาพุทธทุกคน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 2-32 ปี ค่าเฉลี่ย 14.03 ปี (SD = 8.0) ร้อยละ 50 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ร้อยละ 58.33)

และกลุ่มตัวอย่าง ($n = 58$, ไม่ตอบ 2 คน) เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1-50 คน ค่าเฉลี่ย 9.29 คน (SD = 10.73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 77.34 เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนจำนวน 1-10 คน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับสูงสุดของการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ($n = 60$)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	60	100.00
อายุ (ปี)		
21-30	14	23.33
31-40	29	48.34
41-50	12	20.00
51 ปีขึ้นไป	5	8.33
($\bar{X} = 36.68$ ปี, SD = 8.1, range = 25-54 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	41	68.34
สมรส	17	28.33
หม้ายหรือหย่า	2	3.33
ศาสนา		
พุทธ	60	100.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	48	80.00
ปริญญาโท	12	20.00

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับสูงสุดของการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	21	35.00
หอผู้ป่วยไอซียู	17	28.33
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	16	26.67
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	5	8.33
หน่วยเวชกรรมสังคม	1	1.67
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1-4	2	3.33
5-10	28	46.67
10 ปีขึ้นไป	30	50.00
(\bar{X} = 14.03 ปี, SD = 8.00, Range = 2-32 ปี)		
ประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วย		
ระยะสุดท้าย		
เคย	25	41.67
ไม่เคย	35	58.33
จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยดูแลภายในระยะเวลา 1 ปี		
(คน)		
1-10	44	73.34
11-20	9	15.00
21-30	3	5.00
31-40	0	0.00
41-50	2	3.33
ไม่ตอบ	2	3.33
(\bar{X} = 9.29 คน, SD = 10.79, Range = 1-50 คน)		

ความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 14.63 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองเท่ากับ 65.17 หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที ทั้งความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 16.15 และ 78.32 ตามลำดับ และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทั้งความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีเป็น 16.33 และ 79.78 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์

ตัวแปร	Range	Mean	SD
ความรู้			
ก่อนเข้าโปรแกรม	7 - 18	14.63	2.03
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	10 - 20	16.15	2.07
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	13 - 20	16.33	1.75
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง			
ก่อนเข้าโปรแกรม	22 - 86	65.17	12.38
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	60 - 100	78.32	10.22
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	58 - 100	79.78	9.97

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยสถิติการวัดค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	2	104.48	52.24	24.25	<.001
ระหว่างกลุ่ม	118	254.19	2.15		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

เวลา	คะแนนเฉลี่ยความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์
ก่อนเข้าโปรแกรม	14.63	-	-1.517*	-1.700*
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	16.15	-	-	-0.183
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	16.33	-	-	-

* $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยสถิติการวัดค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีและ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว (One way ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	1	7774.41	7774.41	70.03	< .001
ระหว่างกลุ่ม	59	6549.59	111.01		

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

เวลา	คะแนนเฉลี่ย การรับรู้ สมรรถนะใน ตนเอง	ก่อนเข้า โปรแกรม	หลังสิ้นสุด โปรแกรม ทันที	หลังสิ้นสุด โปรแกรม 4 สัปดาห์
ก่อนเข้าโปรแกรม	65.17	-	-13.150*	-14.617*
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	78.32	-	-	-1.467
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	79.78	-	-	-

* $p < .001$

การอภิปรายผล

ความรู้เป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนาความรู้ การตระหนักรู้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .001 (ตารางที่3) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 1-10 คนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 77.34 แต่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างจึงสนใจที่จะเรียนรู้และได้รับความรู้มากขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความรู้ หรือข้อมูลใหม่ไปเสริมประสบการณ์เดิม และเป็นไปตามแนวคิดของฮัลล์ (ทิสนา แชมณี, 2547) ที่กล่าวว่า เมื่อ

ต้องการให้ใครเกิดการเรียนรู้จะต้องให้สิ่งกระตุ้นที่ตรงกับความต้องการ หรือแรงขับ หรือแรงจูงใจของผู้เรียน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนแต่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประสบการณ์ที่ละเอียดอ่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ พยาบาลรู้สึกว่ายังมีความรู้และทักษะ การเตรียมความพร้อมในการดูแลไม่เพียงพอเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความรู้ และทักษะในการดูแลเฉพาะเช่น การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การจัดการกับความเครียด หลักจริยธรรม และการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Corner & Wilson-Barnett, 1992; Sellick et al., 1996) ดังนั้นการให้ความรู้โดยใช้วิธีหลายรูปแบบประกอบกับเนื้อหาที่จำเป็นเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญและปัจจุบันยังไม่มียานวิจัยในลักษณะโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จึงตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพนี้เป็นการบูรณาการเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายประกอบกันเป็นลักษณะการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยเน้นการให้ความรู้เฉพาะ เนื้อหา ประกอบด้วย แนวคิด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ การจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนวิธีการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การฉายภาพยนตร์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา และมอบคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งการบูรณาการเนื้อหาความรู้และวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเอเดรียน และแวน แอคเตอเบอค (Adriaansen & Van Achterberg, 2008) รวบรวมงานวิจัยในช่วงปี 1990-2005 เกี่ยวกับหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองก่อน และหลังระดับบัณฑิตศึกษา พบว่าหัวข้อที่เป็นพื้นฐานจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การติดต่อสื่อสาร การประคับประคองด้านจิต-สังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกเห็นใจ การจัดการกับอาการและการจัดการกับความปวด รวมทั้งการบูรณาการวิธีการสอนต่างๆกันโดยมีการใช้เครื่องมือ วิดีทัศน์ หรือ เทปบันทึกเสียง การแสดงบทบาทสมมติ และการวิเคราะห์กรณีศึกษา การมีส่วนร่วมอภิปราย ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด คือ หลักสูตรที่บูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรูปแบบวิธีการสอนต่างๆกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบความสำเร็จ นอกจากการมุ่งเน้นให้เนื้อหาความรู้แล้ว ยังมีการปลูกฝัง

ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ถึงแม้ว่ายังไม่เคยรับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อได้รับความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ก็ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ มากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรล และคณะ (Ferrell, Grant, & Virani, 1998) ที่พบว่า การฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองให้กับพยาบาลในสถานผู้ดูแลจำนวน 52 คนจากสถานผู้ดูแล 2 แห่งหัวข้อการอบรม ได้แก่ แนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการปวด การจัดการกับอาการ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ผลที่เกิดขึ้นภายหลังความตาย ประเมินผลโดยการทดสอบก่อนและหลังการได้รับการฝึกอบรม ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.97 เป็นร้อยละ 7.42 และจากการประเมินตนเองของหน่วยงานพบว่าระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.59 เป็นร้อยละ 7.94

จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย การบูรณาการเนื้อหาความรู้และวิธีการต่างๆ มีส่วนช่วยให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นกว่าเดิม และ ความรู้ยังคงอยู่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ดังนั้นความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ตารางที่ 4) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความรู้ยังคงอยู่หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้ระยะเวลาจะผ่านไป 4 สัปดาห์แล้วก็ตาม และอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้มอบคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อนำทบทวนความรู้จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสทบทวนความรู้ทำให้มีความรู้อย่างต่อเนื่องและคงอยู่ ซึ่งรูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร ชาตรียานุโยค พรพิมล มาศนราภรณ์ เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และอารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ของพยาบาลศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า การทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ก่อนการอบรม กับครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการอบรม และ ครั้งที่ 3 หลังการอบรมแล้ว 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการอบรม

และ หลังการอบรมแล้ว 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการสอนและการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น และความรู้ยังคงอยู่หลังจากเวลาผ่านไปแล้ว 1 เดือน

ส่วนการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลผลการวิจัยพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จัดขึ้นทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และจากความรู้ที่เพิ่มขึ้นสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของพยาบาล ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น พยาบาลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น หลังจากได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ได้เห็นบทบาทของพยาบาลที่ดีจากการชมภาพยนตร์ และมีโอกาสฝึกคิด วิเคราะห์ ฝึกฝน และได้ใช้เวลาในการทบทวนไตร่ตรองข้อมูลและได้รับประสบการณ์ใหม่ที่ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นแนวทางในการวิจัยเริ่มจากการให้ความรู้ โดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ด้วยการสื่อสารเชิงใจ โน้มน้าวให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจและมีความเชื่อมั่นรับรู้ได้ว่าตนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สำเร็จ

การชมภาพยนตร์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อ ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ได้เห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมจากตัวแบบ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จได้ (Bandura, 1997) ตลอดจนเป็นการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ สร้างจิตสำนึก ivate ความรู้สึกและเข้าใจผู้ป่วย โดยภาพยนตร์จะเป็นสื่อให้เห็นแบบอย่างของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เห็นตัวอย่างของการดูแลแบบองค์รวมด้วยการให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และเห็นคุณค่าของการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดความวิตกกังวลและความกลัว มีความมั่นใจ โดยได้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆมากขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งการศึกษาตามแบบอย่างหรือตัวอย่างหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นการได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้อื่น (vicarious experience) เป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่ทำให้คิดคล้ายตามได้ว่า บุคคลอื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้ามีความรู้ ความ

เข้าใจ และมีความพยายาม โดยเฉพาะด้านแบบนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน มีความพยายามและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นภาพยนตร์จากต่างประเทศอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยทั้งหมด แต่ตัวละครในบทภาพยนตร์ได้แสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การนำเสนอตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรม สามารถนำมาสังเกตและทบทวนได้ตามต้องการ นอกจากนี้สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์พฤติกรรมของตัวแบบ และควบคุมผลการกระทำของตัวแบบที่ได้รับให้เหมาะสม สามารถกำหนดลักษณะและแนวทางพฤติกรรมของตัวแบบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องได้

จากคำกล่าวของเบนจามินว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้พยาบาลที่เข้าโปรแกรมได้รับการบรรยายร่วมกับการทำให้นักคลามีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นวิธีการที่เกิดจาก ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) เป็นวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการใช้ทักษะ ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ให้เกิดการใช้ความรู้จากการบรรยายและการชมภาพยนตร์มาใช้ในการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และกระตุ้นการสะท้อนคิด เป็นการสร้างประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ได้ฝึกฝนสร้างประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ ซึ่ง ซัลลิแวน และคณะ (Sullivan et al., 2005) กล่าวว่าประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่ง ความรู้ที่ได้จากการบรรยายนำมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ร่วมกันแก้ไขปัญหาในกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์หลากหลาย ความคิดเห็น เป็นการสร้างให้มีประสบการณ์ตรงซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในความสามารถของตน ซึ่งทำให้พยาบาลค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

การวิเคราะห์กรณีศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชมน นามวงษ์ (2540) ศึกษาผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่า การสอนโดยใช้กรณีศึกษาเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจัดเสริมให้ เพื่อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมและเป็นวิธีการกระตุ้นเตือน ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อมีความรู้และความตระหนักรู้ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวในให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลและสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สำเร็จตามความมุ่งหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร โชติวิทยาธรา (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรและมีสื่อการสอนประกอบด้วย ภาพพลิกและคู่มือในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับภาพพลิก ให้มารดานำกลับไปอ่านที่บ้าน หรือเมื่อบุตรมีอาการผิดปกติมารดาสามารถนำมาอ่านและช่วยบุตรเบื้องต้นได้ พร้อมทั้งมีเครื่องกระตุ้นเตือน คือ จดหมายและแบบบันทึกสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารดา ในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงทำให้ความรู้มากขึ้นแต่ยังสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง การบูรณาการความรู้พื้นฐานจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและวิธีการสอนที่แตกต่างกันหลายวิธีส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงขึ้นหลังจบโปรแกรม

การนำผลการวิจัยไปใช้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประสบการณ์ที่มีความละเอียดอ่อนเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งศรัทธาและความเชื่อ ความไม่แน่นอนระหว่างชีวิตและความตาย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยอาจทุกข์ทรมานด้วยอาการต่างๆมากมาย อาการต่างๆเหล่านี้อาจทำให้เกิดความเครียดและความกังวลใจให้กับพยาบาล ที่รู้สึกว่าคุณเองขาดความรู้และความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งพยาบาลต้องการการฝึกฝน จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้ พบว่าสามารถ

เพิ่มระดับความรู้และระดับการรับรู้สมรรถนะในตนเองได้ ดังนั้นผลการศึกษานำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน พยาบาลเหล่านี้มีประสบการณ์ มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในระดับหนึ่ง การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพพยาบาลควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรูปแบบหนึ่ง ที่บูรณาการความรู้และวิธีการที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษาวิจัย

เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้คนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถและสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปด้านการส่งเสริมความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางนโยบาย ในการความรู้ให้ครอบคลุม แนวทางการปฏิบัติแก่พยาบาลอย่างเพียงพอ เพื่อคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับนโยบายของประเทศที่กล่าวว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประกันคุณภาพ รับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Implications for further studies)

1. ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องที่จะช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะยาว
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นผลของ โปรแกรม ชัดเจนมากขึ้น
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวัดถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ กลุ่มตัวอย่าง
4. ภาพยนตร์ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเป็นภาพยนตร์ที่สร้างขึ้นให้เหมาะสม กับวัฒนธรรม สังคมไทย

ข้อจำกัดของงานวิจัย (Limitation of the studies)

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลตำรวจ เพียง แห่งเดียวโดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้
2. ระยะเวลาในการติดตามประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 เดือนอาจจะสั้นเกินไปในการประเมินความคงอยู่ของความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

THE EFFECT OF A SUPPORTIVE EDUCATIONAL, END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON KNOWLEDGE AND PERCEIVED SELF-EFFICACY OF PROFESSIONAL NURSES

PRAEWPHAN PRAMOJ NA AYUTTHAYA 4736910 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUPREEDA MONKONG, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.
(NURSING ADMINISTRATION)

EXTENDED SUMMARY

The Background and Significance of the Problem

Professional nurses play an important role in caring for the well-being of the patients, the wounded and the weak, (American Nurse Association: ANA, 1991) and are one of the health care teams to provide extensive care and nurture the patients closely (Ferrell, Grant, & Virani, 1999). Professional nurses take their role with great empathy, and holds respects for the value of life, the value of good health, and the well-being of fellow humans. They help the population in withholding the greatest level of great health in their capacity throughout all stages of life from birth, in all conditions of health, through to older adults up until the end-of-life stage (Nurse Association of Thailand, B.E. 2546). There are many end-of-life patients who had many incurrent diseases along with the main ongoing illness and suffer from many excruciating symptoms such as pain, breathing difficulties, digesting problems, drowsiness, and vomits. Some cannot help themselves while the symptoms are causing pain. Most of these patients face complications in terms of physical well-being, emotional well-being, social issues, and spiritual issues, which may be beyond the help of the patients themselves or even their relatives. Thus, the patients and their families need the care of a medical professional to deal with such symptoms. Therefore, professional nurses shall give great importance to the care for end-of-life patients.

The quality in caring for end-of-life patients is a significant aspects in the standard certification for the hospital's quality since the hospital is part of the health insuring institutions whose role is to provide insurance to the society for an effective and equal qualified health services. Such role is the hope of the society, and is a standard criterion in which patients and relatives hope to receive appropriate care from the hospital staffs in both physical and emotional well-being (Institution for the Development and Certification of Hospitals' Excellence, B.E. 2549). A nurse is a member of the health care team providing care for patients and relatives, therefore a nurse should be enthusiastic in the quality of the care provided in both knowledge and skills for end-of-life care, in order to meet the needs of end-of-life patients and their families for the well-being of the patients and their families.

Physician, nurses, and other health care staffs should have the knowledge, the skills, and good intents in caring for end-of-life patients. The care program should place high emphasis on promoting their wellness, easing their pains or reducing their pains to a minimal degree, promoting a qualified life, promoting their dignities, helping them make the greatest out of their remaining time in life, and allowing them to spend the remaining time with their loved ones. In providing care for the end-of-life patients, the professionals should have the knowledge in dealing with the symptoms and pains, and should have the skills in communicating with the patients and their families to ease their worries and fear, and to allow the relatives to take part in caring for the patients. The professionals should hold an empathetic intent in understanding the problems of the patients and their families, and should hold the intent to care for the patients in a holistic care. (Rungnirund Pradissuwan, B.E. 2548). The professionals should also withhold the theory of palliative care, which is intended for the good quality of life of the suffering patients and their families by emphasizing in reducing the effects of the pain-causing symptoms in the physical, emotional, social, and spiritual aspects. The care shall begin from the first moment where the patients are categorized as being in end-of-life stage up through the end of their lives, including the care of their families after the loss. The end-of-life care program must be a program that provides a continuous and holistic care, and a promotion of a good quality of life for the patients, encompassing all physical, emotional, social, and spiritual aspects of the patients and their families.

In foreign countries, there are many educational articles and innovative researches as well as an additional 4-6 months end-of-life-care training program (Ferrell et al., 2005 & Tassanee Tongprateep, B.E. 2547). In Thailand, there are researches on the educational program for end-of-life care in the Thai nursing education. Most of the undergraduate level educative system in Thailand provides such education by covering the topic in various nursing courses (Pramoch Thongsuk & Tassanee Nasae, B.E. 2546). Moreover, a specialized training program is presently available in the Red Cross Nursing College lasting 8 weeks. It began from the B.E. 2545 up until now. Up to present, there are 6 classes with a total of 54 students. In addition, there is also the specialized program offered in the end-of-life in the Kuakarun Nursing College lasting 2 months. Presently there is one class from the B.E. 2550 with 13 students. (Department of Certification and Evaluation of Education, B.E. 2551). However, the educative program concerning end-of-life patients in Thailand may not be sufficient for the present needs due to the fact that there the numbers of end-of-life patients are increasing day by day. Many nurses feel that they lack the knowledge and the confidence in caring for these patients (Tassanee Tongprateep, B.E. 2547). This is caused by the knowledge that these patients are at an end-of-life stage. The feeling of despair may arise within the nurses, as they may feel helpless to the patients at this stage. Because of this, the nurses may feel uncomfortable around the patients causing them to avoid end-of-life patients by spending less time with the patients, or avoid conversations with the patients. (Thana Nilchaigovit, B.E. 2548). As a result, a greater distance arises between the patients and the nurses. Such problems arise from the fact that the nurses lack the knowledge and skills for caring for the end-of-life patients, thus, caring for such patients serve as a challenging and difficult test of skills for the nurses, while at the same time, causing distress and worries for the nurses.

The study on the preparation of nurses in end-of-life care by Degner & Gow (1998). found that the nurses that had received such preparation are less distressed, and provided better cares for end-of-life patients than the nurses without the preparation. Later, Cramer and colleagues (Cramer et al., 2003) studied the attitude in caring for end-of-life patients of 180 nurses from one of the six hospitals of Connecticut from 1998 to 1999, and found that the nurses had good attitudes towards

end-of-life care. However, only a low proportion of the nurses were self-educated on end-of-life care and as low as 30% of these nurses felt that they had sufficient knowledge to care for these patients. Such results coincided with the study conducted in Thailand by Piyawan Poakpalakorn (B.E. 2548). on the knowledge, attitude, and caring behavior related to end-of-life care of professional nurses from the hospitals in Bangkok. The study was conducted on a group of professional nurses with greater than one-year experience, which had experiences in caring for end-of-life patients. The subjects all had operated in the medical unit, the surgical unit, and the pediatrics unit in both general and the intensive care of the Ramathibodi Hospital, the Ratchavithae Hospital, and the Bangkok Medical College along with the Vachira Nurses. The total number of nurses studied was 270 nurses and 42.2% had no trainings in end-of-life stage care.

It is evident that knowledge plays an important part in the development for the efficiency of the end-of-life care. Therefore, supportive programs are essential for professional nurses providing care for end-of-life patients. This gives rise to the researcher interest in developing a supportive, educational end-of-life care program to provoke obtained knowledge and perceived self-efficacy. The program shall consist of educating professional nurses for end-of-life patients in the aspects of symptom management, pain management, psychosocial and spiritual care, and ethical issues, communication, the movie “Wit”, case study analysis, end-of-life care manual.

Conceptual Framework of the Study

The study is based on Bandura’s self-efficacy theory, (Bandura, 1977) which is a concept studying the effects of a supportive, educational, end-of-life care program on knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses. Bandura, an American psychologist had developed the theory from the social learning theory, which places a great emphasis on three aspects of learning to include observational learning, self-regulation, and perceived self-efficacy. Bandura believes that a man’s ability is flexible and volatile depending on circumstances. Thus, what determines one’s potential of performance is perceived self-efficacy, that is, if one believes one holds a certain potential in performance, one will succeed in that particular performance. This can be explained under the perceived self-efficacy theory.

Perceived self-efficacy determines the level at which one's ability allows one to achieve a goal of action. If a person realizes his or her ability, he or she can perform the tasks that he or she believed himself or herself to be capable. Perceived self-efficacy arises from the four basic developments in perceived self-efficacy described by Bandura (Bandura, 1977) as 1) performance accomplishment, 2) vicarious experience, 3) verbal persuasion, and 4) emotional arousal.

In this study, the researcher adapts the development of perceived self-efficacy accordingly with Bandura's self-efficacy theory from four basis to develop the supportive, educational end-of-life care program in promoting knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses. The four basis consist of: 1) lecturing the professional nurses on the concept of caring end-of-life stage patients, focusing on symptom management, pain management, psychosocial care, spiritual care, ethical issues, communication through verbal persuasion, encouragement from educated professionals as an attempt to promote knowledge, confidence, reducing fears and worries associated with caring for end-of-life patients, 2) the movie "Wit", presenting vicarious experience of others showing role model of others to provoke emotional arousal. The movie presents the role model actions, which would arouse the feeling of self-worth, thus reducing worries and fear, allowing the nurses to be more familiar with the circumstances and thus achieve higher perceived self-efficacy, 3) analyzing case study, which demonstrates similar situations in caring for end-of-life patients, train the nurses in critical thinking, which give rise to the application of knowledge in caring for end-of-life stage patients, building personal experiences from past performance accomplishments. As a result, the nurses would achieve higher perceived self-efficacy and 4) the end-of-life patients care manual, which serves as an educative tool in encouraging the nurses in seeking more knowledge and perceived self-efficacy for end-of-life care in the future. The supportive, educational end-of-life care program shall serves as a tool to aid professional nurses in achieving higher level of knowledge and perceived self-efficacy as shown in Figure 1 below.

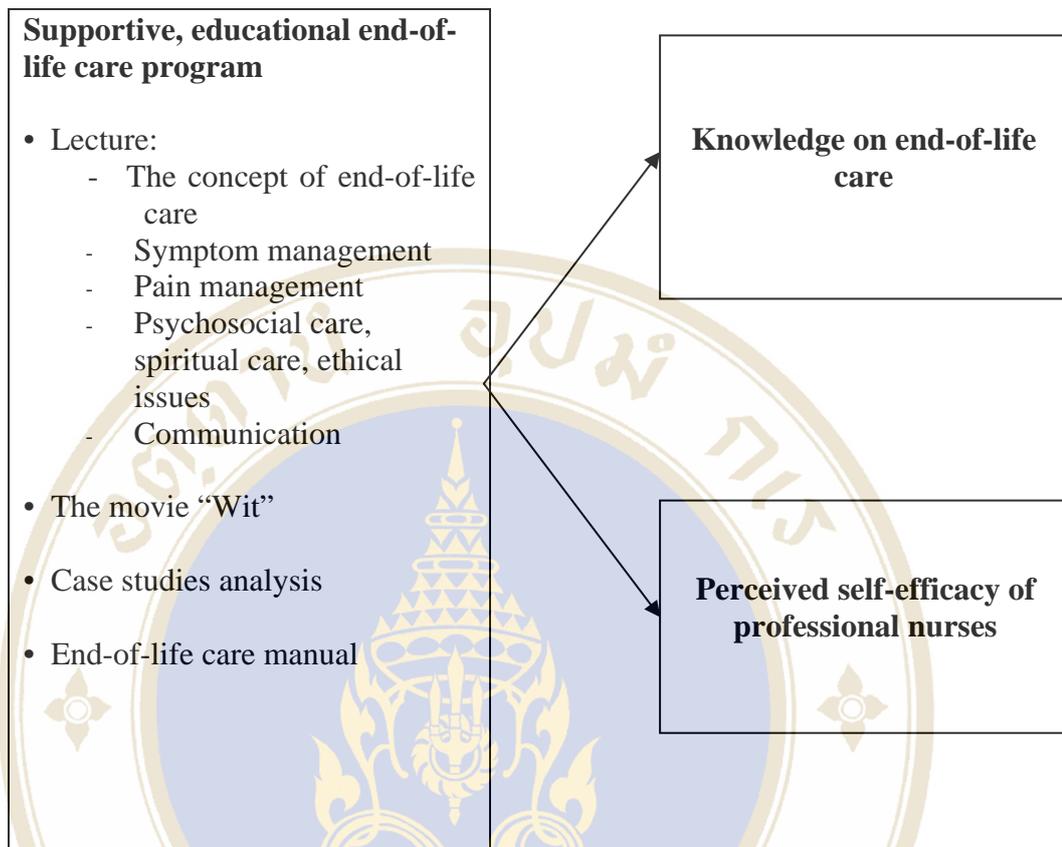


Figure 1 Conceptual Framework

Research Objectives

To study the effect of the supportive, educational end-of-life care program on knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses in caring for end-of-life patients.

Research Hypothesis

1. The nurses will have a higher average score on knowledge immediately after finishing the end-of-life care program, and four weeks after finishing the program than before entering the program.

2. The nurses will have a higher average score on perceived self-efficacy immediately after finishing the end-of-life care program, and four weeks after finishing the program than before entering the program.

Research Methodology

This research was a quasi-experimental research, based on the one-group repeated measure design. The subjects used were the nurses of the Police General Hospital currently operational in the surgical unit, the medical unit, the pediatrics unit, the obstetrics and gynecological unit, and the Intensive Care Unit. The data was obtained from September through to October B.E. 2550., and the subjects were selected through purposive sampling with the following criteria: 1) the subject was a professional nurse who had completed his or her studies at an undergraduate level or higher for at least one year, 2) the subject has experiences in caring for end-of-life patients, 3) the subject has never been trained in a previous end-of-life care program, and 4) the subject was a voluntary participant of the research. The subject group consisted of 60 professional nurses.

The tools used in this research were consisted of the tools used in the conduct of the research and the tools used in data collection. The tools used in the conduct of the research were comprised of: 1) a lecture on the concept of end-of-life care, symptom management, pain management, psychosocial and spiritual care, ethical issues, and communication, 2) the movie “Wit”, 3) analysis of case studies, and 4) the end-of-life care manual. The tools used in this research, including the language use, and contents, had been approved by three qualified experts to be appropriate for the research studied. Any suggestions given by the experts were taken into account before the tools were used in the research.

The tools used in the data collection process included: 1) the Personal Information questionnaire, which asks general information of the subjects such as age, gender, marital status, religious beliefs, level of education, work place, working time duration associated with end-of-life patients. 2) the knowledge questionnaire for end-of-life care, which consists of 20 multiple-choice questions testing the nurses’ knowledge on end-of-life care with four choices of answers, and 3) the perceived self-efficacy questionnaire in which the researcher has created based on Bandura’s self-efficacy theory. The perceived self-efficacy questionnaire was consisted of 20 questions. The questions and contents of the knowledge and perceived self-efficacy questionnaires have been tested based on their appropriateness according to the Content Validity Index (CVI), and yields the index of 0.95 and 0.85, and was used in

testing 20 nurses of similar qualifications to the subjects selected with a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.60 and 0.89. In the case of the 60 subjects used in this research, the Cronbach's Alpha Coefficient yields the value of 0.61 and 0.96.

The program procedures proceeded as follow: **Step 1.** A pre-testing of the subjects on knowledge and perceived self-efficacy before entering the program by allowing the subjects to answer the questions from personal information questionnaires, the knowledge questionnaires, and the perceived self-efficacy questionnaires. The time given in providing the answers to the specific questionnaires were 30 minutes, after the passing of the allotted time, the questionnaires were returned. **Step 2.** The lecture on end-of-life care stage patients and the concept end-of-life care on symptom management, pain management, and communication with duration of 2 hours. **Step 3.** The presentation of the movie "Wit" with duration of 2 hours. **Step 4.** The lecture on end-of-life care in the basis of psychosocial and spiritual care, and ethical issues with duration of 2 hours. **Step 5.** The analysis of case studies with a duration of 30 minutes. **Step 6.** A first post-test evaluating knowledge and perceived self-efficacy of the subjects after immediately finishing the program by handing out the questionnaires to evaluate knowledge and perceived self-efficacy, wherein a period of 30 minutes was required to answer the questionnaires **Step 7.** Distribution of the end-of-life care manual to the subjects to be reviewed and to promote further studies after finishing the program. **Step 8.** Four weeks after finishing the program, a second post-test of the subjects was conducted by the researcher to evaluate the knowledge and the perceived self-efficacy of the subjects. The researcher set up individual appointments with the sample group to collect the data for the second time.

The analysis of the data obtained was completed by prepared computer software, and the results were presented in the forms of descriptive statistics, and inferential statistics.

Results

The 60 subjects were professional nurses of the Police General Hospital, and can be classified as follow: all 60 subjects were female, with the age range of 25-54 years and an average age of 36.68 years (SD = 8.1). 29 out of 60 were at an age of 31-

40 years (48.34%), with 68.34 percent being single. All subjects were Buddhist. 80 percent of the subjects completed the highest level of education at an undergraduate level. 35 percent were operational in the surgical unit with working term of 2-32 years at an average of 14.03 years (SD = 8.0). 50 percent had more than 10 years of working experience. Most of the subjects had no experience in caring for a family member at an end-of-life stage (58.33%) and the subjects (n=58, no answers from 2 subjects) had care for 1-50 end-of-life patients in the past year, at an average of 9.29 patients (SD = 10.73). 77.34 percent of the subjects had cared for 1-10 end-of-life stage patients as shown in Table 1.

Table 1 Percentage of subjects classified by age, marital status, highest level of education, operational unit, work term period and experience in end-of-life care (n = 60)

General Information	Number	Percentage
Gender		
Female	60	100
Age (yrs)		
21-30	14	23.33
31-40	29	48.34
41-50	12	20.00
51 yrs and more	5	8.33
(Mean = 36.68 yrs, SD = 8.1, range = 25-54 yrs)		

Table 1 Percentage of subjects classified by age, marital status, highest level of education, operational unit, work term period and experience in end-of-life care (n = 60) (Continued)

General Information	Number	Percentage
Marital Status		
Single	41	68.34
Married	17	28.33
Widowed/Divorced	2	3.33
Religious Beliefs		
Buddhist	60	100
Highest Level of Education		
Undergraduate	48	80.00
Post-graduate	12	20.00
Operational Unit		
Surgical Unit	21	35.00
Intensive Care Unit	17	28.33
Medical Unit	16	26.67
Pediatrics Unit	5	8.33
Psychosocial Remedy Unit	1	1.67
Working Experience (yrs)		
1-4	2	3.33
5-10	28	46.67
10 yrs or more	30	50.00
(Mean = 14.03 yrs, SD = 8.00, Range = 2-32 yrs)		
Experience of caring for family members at end-of-life		
Yes	25	41.67
No	35	58.33

Table 1 Percentage of subjects classified by age, marital status, highest level of education, operational unit, work term period and experience in end-of-life care (n = 60) (Continued)

General Information	Number	Percentage
Experience of caring patient at the end-of-life under care in the past year (patients)		
1-10	44	73.34
11-20	9	15.00
21-30	3	5.00
31-40	0	0.00
41-50	2	3.33
No answer	2	3.34
(Mean = 9.29 patients, SD = 10.79, Range = 1-50 patients)		

The knowledge and perceived self-efficacy in caring for end-of-life patients

In comparing the average score of knowledge and perceived self-efficacy in caring for end-of-life patients before the program and after immediately finishing the program, the average score of the subjects before entering the program yields the value of 14.63 for knowledge, and 65.17 for perceived self-efficacy. After immediately finishing the program, the average score for both knowledge and perceived self-efficacy increased at the values of 16.15 for knowledge and 78.32 for perceived self-efficacy. After four weeks of completing the program, the average score yet again increased with the values of 16.33 and 79.78 for knowledge and perceived self-efficacy respectively as shown in Table 2.

Table 2 Comparing the average score of knowledge and perceived self-efficacy in end-of-life care before entering the program, after immediately the termination of the program, and four weeks after the termination of the program

Variables	Range	Mean	SD
Knowledge			
Before the program	7 - 18	14.63	2.03
Immediately after termination	10 - 20	16.15	2.07
Four weeks after termination	13 - 20	16.33	1.75
Perceived self-efficacy			
Before the program	22 - 86	65.17	12.38
Immediately after termination	60 - 100	78.32	10.22
Four weeks after termination	58 - 100	79.78	9.97

When comparing the average score of the knowledge in end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through the use of the one way ANOVA statistical analysis, it was clear that there was a statistical difference in the average scores of the professional nurses before and after the program ($p < .001$) as shown in Table 3.

Table 3 The results from comparing the average scores of knowledge on end-of-life care before entering the program, after immediate termination of the program, and four weeks after termination of the program though the one way ANOVA statistical analysis

Source of Variables	df	SS	MS	F	p
Within group	2	104.48	52.24	24.25	<.001
Between group	118	254.19	2.15		

When comparing the average scores of the knowledge in end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through the Bonferroni method, it was found that the average score of the knowledge in end-of-life care after the program was significantly higher than before entering the program ($p < .001$). However, in comparing the score of the nurses immediately after terminating the program and four weeks later, there was no significant difference statistically as shown in Table 4.

Table 4 Comparing the average scores of knowledge on end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through the Bonferroni method

Time Period	Average Knowledge score	Before entering the program	Immediately after termination	Four weeks after termination
Before entering the program	14.63	-	-1.517*	-1.700*
Immediately after termination	16.15	-	-	-0.183
Four weeks after termination	16.33	-	-	-

* $p < .001$

When comparing the average scores of perceived self-efficacy in end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through the One way ANOVA statistical analysis, it was found that there was a significant difference at p value $< .001$ as shown in Table 5.

Table 5 The results of comparing average score on perceived self-efficacy in end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through one way ANOVA statistical analysis

Source of Variables	df	SS	MS	F	p
Within group	1	7774.41	7774.41	70.03	$< .001$
Between group	59	6549.59	111.01		

When comparing the average score of perceived self-efficacy in end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through the Bonferroni method, it was found that there the score of the nurses after the program was significantly higher than before entering the program ($p < .001$). However, in comparing the score of the nurses immediately after terminating the program and four weeks later, there was no significant difference ($p > .05$) as shown in Table 6.

Table 6 Comparing the average scores of perceived self-efficacy on end-of-life care before entering the program, immediately after termination of the program, and four weeks after termination of the program through the Bonferroni method

Time Period	Average Perceived Self-efficacy score	Before entering the program	Immediately after termination	Four weeks after termination
Before entering the program	65.17	-	-13.150*	-14.617*
Immediately after termination	78.32	-	-	-1.467
Four weeks after termination	79.78	-	-	-

* $p < .001$

Discussion of the Results

Knowledge is important. Developing knowledge to increase the efficiency of end-of-life care is necessary for professional nurses currently caring for end-of-life patients. It is essential that these professional nurses receive the support needed. The results obtained in this study found that the average scores of professional nurses on knowledge in end-of-life care is significantly higher after completing the program than before entering the program with a statistical value of 0.001 (Table 3). This indicated that the supportive end-of-life care program gave rise to a higher level of knowledge

on end-of-life care on the subject group. The subjects were professional nurses with the minimum level of education at an undergraduate level, and had completed their studies for at least one year ago. The subjects had had previous experience in end-of-life care. 77.34 percent of the subjects had cared for 1-10 patients in the past one year, but had never received training in end-of-life care before. The subjects therefore qualifies for a group of subject which had never been trained in end-of-life care, but are constantly involved in providing care to end-of-life patients. Thus, the subjects hold great interest in participating in the end-of-life care program. This coincides with the saying that says knowledge can only be achieved when one gain new information to support one's experience, and coincides with Hull's idea (Tissana Khaemane, B.E. 2547 p. 58). which says "to educate to someone is to stimulate in their interest, driven power, or motivation of the one being educated".

Previous studies have found that, although nurses have had previous experience in caring for end-of-life patients, the care of end-of-life patients remains a delicate experience also associated with culture and beliefs therefore, the nurses feel the knowledge and skills they have may not be sufficient. This is because caring for end-of-life stage patients requires highly specific skills and knowledge especially in symptom management, pain management, stress management, ethical issues, and communication. (Corner & Wilson-Barnett, 1992; Sellick et al., 1996) Thus, education in various forms with appropriate contents in caring for end-of-life stage patients is essential. However, currently, there are no studies based on actively organizing an educative program, thus, this supportive, educational end-of-life care program fulfills the needs of the subjects.

This care program for end-of-life patients by promoting knowledge and self-efficacy was arranged for professional nurses and involved the integration of content and a variety of instructional methods in the form of workshops focused on providing knowledge of specific content in combination with caring concepts for end-of-life patients, symptom management, pain management, psychosocial and spiritual care/ethical issues and communication in caring for end-of-life patients. The variety of instructional methods included lecture on content covering knowledge in caring for end-of-life patients, movie, case study analysis and the distribution of manual for caring for end-of-life patients at the close of the intervention. The integration of the

content on knowledge and the variety of instructional methods concurred with the literature review on the care of end-of-life patients by Adriaansen & Van Achterberg (2008) that was collected from 1990-2005 about courses on palliative care for dying patients at the pre and post graduate levels wherein it was found that the basic topics essential to the palliative care of patients were communication, care of psychosocial issues, attitudes toward end-of-life care feelings of sympathy, symptom management, pain management in combination with the integration of instructional methods by the use of audio-visual equipment (videos or tape recorders), role-playing, case study analysis and participation in the discussion. The research findings indicated that the most successful methods were courses that integrated knowledge about the end-of-life care and various instructional methods.

In this workshop, the subjects had the opportunity to ask questions on any specific problems they may have in caring for end-of-life patients, as the subjects all had experiences with patients. After being educated under the program, the nurses had achieved more knowledge, and a better understanding on the topic, which coincides with the study conducted by Ferrell and Colleagues (Ferrell, Grant, & Virani, 1998) The study was a study of a supportive care program provided for 52 professional nurses in 2 locations, which covered the topic of general characteristic of end-of-life care, symptom management, pain management, communication with the patients and their families, and the effects after death. The evaluation was conducted before and after the program, and the study yielded that the knowledge and skills in caring for end-of-life stage patients of the subjects had increased from 5.97 percent to 7.42 percent. The results from the self-evaluation conducted by the organization showed that there was an increase in the knowledge and skills in caring for end-of-life stage patients from 6.59 percent to 7.94 percent.

This study shows that the supportive, educative end-of-life care program, which integration of the content on knowledge and the various of instructional methods together, all have an effect in increasing the knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses immediately after finishing the program up to 4 weeks later. Thus, the increased knowledge obtained immediately after finishing the program and four weeks later shows that the program did promote a higher level of knowledge on the subjects. However, when comparing the knowledge scores of the subjects after

immediately finishing the program and that of four weeks later, there was no significant difference statistically with a slight increase in knowledge (Table 4). This conclude that the program increases the knowledge of the subjects after undertaking the program, and that knowledge remains with the subject even after four weeks has passed, which may be due to the fact that the researcher has distributed the end-of-life care manual after termination of the program. This allows the subjects to be able to review the contents consistently, thereby allowing the knowledge to remain with the subjects. The conduct of this research coincides with that of Bungon Chatianuyok and colleagues. (B.E. 2546). which studies the effect of cardiac pulmonary resuscitation (CPR) program on the knowledge of the nurses in the surgical, orthopedics, and rehabilitation division in the Ramathibodi Hospital The study found that the knowledge test conducted on the subjects before the program, after the program, and one month after termination of the program yielded a statistical difference of 0.01, where there was no significant statistical difference in knowledge of the subjects immediately after the program and one month after the program. The study found that the educative program increased the knowledge of the subjects, and the knowledge remained with the subjects even after one month of completing the program.

The study also shows an increase in perceived self-efficacy with statistical significance of .001 (Table 5) after the immediate completion of the program and four weeks later from before entering the program. This shows that the increased in perceived self-efficacy is influenced by the increased in knowledge from the program, which allows the nurses to be more aware of their abilities. The researcher also predicts that the subjects would be able to provide better care to end-of-life stage patients after being educated by the experts, and after being given the opportunities to practice critical thinking, and analysis, to utilize their time in reviewing the contents, and to obtain new experiences that may enhance their previous experiences, which would allow them to obtain a higher level of perceived self-efficacy. The researcher had organized the supportive, educational end-of-life care program by utilizing the perceived self-efficacy theory as guidance, beginning from the education given out by end-of-life care experts, with successful past experiences in caring for end-of-life stage patients. This is the use of verbal persuasion with the purpose of educating the subjects, allowing them to better understand the concept of end-of-life care. A better

understanding of end-of-life care would allow the nurses to have more knowledge, more understanding, and more motivation and confidence once they realize in their abilities to care for end-of-life stage patients successfully.

Presenting the movie is an example of the utilization of videos, which allows the subjects to observe the experiences and actions undertaken by others, and to observe and learn from the examples set forth by others. The presentation of the movie also allows the subject to compare the successful experiences being shown to their own experiences, which would give rise to the belief that it is also within their capabilities to be successful (Bandura, 1997). The movie will also help stimulate emotional arousal and build a conscience that is sensitive to the feelings of the patients. The movie will serve as a presentation of the examples in caring for end-of-life stage patients, the examples of how professional nurses provide a warmhearted care to the patients, and will also allow the subjects to see the worth in caring for the patients, which consequently allow the nurses to see their self-worth. This would have the effects on emotional changes, reducing worries and fears, increasing confidence through increased familiarity with the situation, which would hold an effect on perceived self-efficacy.

The education based on studying past examples or guidance is what give rise to vicarious experiences, which is a side-effect leading the subjects to reflex on how if others could accomplish those tasks, then so could they, so long as they have access to the knowledge, the understanding, and the persistence. This would especially be effective if the experiences' being studied is that of people at the same ages as the subjects, the same gender, and have similar persistence and past experiences. As in the example of the movie, the protagonist is a nurse providing care to an end-of-life stage patient. This coincides with the study conducted by Nucharee Laipan (B.E. 2542), which studied the effect of a program on perceived self-efficacy, and the attitude in caring for intestinal opening of patients undergoing intestinal surgery. In this study, the researcher utilizes video as a visual aid in providing the information to the subjects, which proved to be an effective tool in allowing the subjects to observe and imitate the example set forth in the video, and could be re-observed and reviewed by the subjects as needed. In addition, the video also allowed the subject to emphasize on significant situations or attitudes of the example, and control the effects of the result

achieved by the example as appropriate. The video could also be manipulated to show specific situations and specific kinds of attitudes associated with intestinal cancer patients that had undergone intestinal surgery.

However, from the sayings of Bandura which says “persuasion is not an effective mean in developing perceived self-efficacy” (Evans, 1989 as cited in Sompoj Iamsupasit, B.E. 2549), the researcher had decided to create a supportive educational program in end-of-life care. The program would allow professional nurses to participate in a workshop where professionals with past successful experiences can share their experiences, allowing the selected professional nurses participating in the program to benefit from the case studies of mastery experiences. The program would allow the subjects to practice skill applications, and critical thinking in order to be able to apply the knowledge obtained from the workshop to the case studies. The program would also allow an exchange of thoughts and ideas, and would stimulate reflective thinking. The program would provide a valuable experience by learning from past successful experiences from practice. Sullivan et al., (2005) stated that experiences provoke changes, and the knowledge obtained from the workshop, which could be applied to the actual case studies through the process of critical thinking, may stimulate an increase in pride and confidence in one’s ability. This would allow professional nurses to gradually develop their skills, which will consequently lead to success, and would allow them to develop their persuasive speaking skills, which would most certainly benefit one’s self-efficacy.

The analysis of this case study coincided with that of Tassamon Namwongs (B.E. 2540), which studies the effects in nurse training through the use of case studies on the ability in ethical decision making, and the spiritual caring ability provided for end-of-life patients for nursing students. The study also compared the ability in ethical decision making of nurses and the ability in providing spiritual care to end-of-life patients for nursing students who had received the training through case studies, and those who had received merely normal training. The results showed that training through case studies increased the ability in ethical decision making and the ability in providing spiritual care to end-of-life patients.

The end-of-life care manual provided by the author to the subjects after the termination of the program, allowing the subjects to review the contents, serves as a

mean of stimulating interests in knowledge and understanding of end-of-life care. Once there is knowledge and understanding, there would be emotional changes, which would help reduce worries, fears, and stresses, and thereby increasing perceived self-efficacy. This would allow the subjects to be able to succeed in caring for end-of-life patients effectively as intended. This is supported by the study conducted by Somporn Chotevithayatarata (B.E. 2543), which studied the effect of the perceived maternal efficacy of mothers in child-caring development program, which was consisted of visual aids, diagrams, and a manual in caring for frail hearted, physically disabled children from birth. The manual's contents coincided with that shown in the diagrams and visual aids, allowing the participating mothers to be able to review the contents in caring for their children. The manual was also consisted of a reminding stimulating tool, such as letters and health diaries. The study found that the attitude score of the mothers in caring for frail hearted, physically disabled children increased from before entering the program after completing the program with statistical difference of .001.

From this study, it is evident that the supportive, educational end-of-life program not only increases the knowledge of the subjects on end-of-life care, but also increases perceived self-efficacy of the subjects. By combining significant information in providing care for end-of-life patients together with the various methods of teaching, the subjects had achieved a higher level of knowledge and perceived self-efficacy after undertaking the program.

Application of the Study

The care of patients at the end-of-life is an experience that involves details related to emotions, feelings, faith and beliefs and uncertainty regarding life and death as patients at the end-of-life will experience physiological, psychological, psychosocial and spiritual changes. Patients may suffer from numerous symptoms and these various symptoms may result in occupational stress and anxiety for nurses who feel that they lack the knowledge and expertise required for the care of this group of patients. Nurses require training in this area. From the study of the effects of this program promoting the care of end-of-life patients on the knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses, it was found that the knowledge and perceived

efficacy of these nurses could be improved. Therefore, the research findings can be implemented as guidelines for improving the quality of nursing care as follows:

Nursing Practice

The nurses providing care to end-of-life patients, who had not received training in end-of-life stage care before had a certain degree of knowledge and perceived self-efficacy. However, in promoting a better efficiency in providing end-of-life care, the nurses should be developed in terms of knowledge and perceived self-efficacy. This supportive, educational end-of-life care program studied in this report is an example of a supportive, educational program in end-of-life care that could be used as guidance in developing the knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses. Professional nurses currently providing care for end-of-life patients should attend continuing education and training programs.

Research

The study conducted is guidance in developing the means in providing the support and education for end-of-life care, by placing the emphasis on the development of knowledge and perceived self-efficacy, where knowledge is important aspects which may help people develop the confidence in their ability and self-efficacy. This may serve as a mean in achieving the confidence to successfully caring for end-of-life stage patients. Therefore, further studies should be conducted on the effects of promoting knowledge and perceived self-efficacy wherein perceived self-efficacy will be an important factor that could predict changes in behaviors associated with the quality of the care provided for these patients.

Organization Management

Nursing administrators should set policies for providing knowledge the sufficiently covers nursing practice guidelines in order to remain conscious of the rights of patients. The program used in this research can be counted as a point of beginning that can be used as a guideline for developing nursing personnel and improving quality of care for end-of-life patients, is a significant aspects in the standard certification for the hospital's quality.

Implications for Further Studies

1. Further studies should be conducted to develop continual learning to help increase long-term knowledge and confidence in caring for patients at the end-of-life.
2. Future studies should include a control group for comparison that would more clearly indicate the effects of the program.
3. Future studies should evaluate behaviors in caring for end-of-life patients in the sample group.
4. For future research studies, the movie in the program promoting the care end-of-life patients may include Thai films movie that are appropriate to the Thai culture and society.

Limitation of the studies

1. This research examined a sample group comprising professional nurses from the Police General Hospital by purposive sampling according to set criteria and, therefore, is not representative of the entire population group of professional nurses.
2. The follow-up period of 1 month may be too short for evaluating the effects of the program to support the care for end-of-life patients on the existence of knowledge and perceived self-efficacy in caring for this group of patients.

บรรณานุกรม

- กฤษณา เกลียวศักดิ์. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตติกร นิลมานัต และกัญญา สุทธิพงษ์. (2545). *ปรากฏการณ์การเตรียมตัวสำหรับความตาย: กรณีศึกษาผู้ป่วยเอดส์*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(4), 65-78.
- กัญญา สุทธิพงษ์. (2548). *การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต: การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความคับข้องใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จอนพะจง เฟื่องจาด, ชัชานาถ ณ นคร, และสุวรรณ กิตติเนาวรัตน์. (2548). *การพยาบาลปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรายุ เอื้อวรากุล. (2548). *Breaking bad news*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Advanced Oncology Care for Nurses. วันที่ 8-11 มิถุนายน 2548. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- จุฬาวรรณ สุระกุล, อรัญญา เชาวลิต, ช่อลัดดา พันธุเสนา, และวันดี สุทธิรังสี. (2545). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 20(4), 241-249.
- เจือกุล อโนธรมณ์. (2545). *บทบาทของพยาบาลของพยาบาลในการประเมินความปวด*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 20(3), 8-18.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2546). *การสื่อสารกับผู้รับบริการในระยะสุดท้าย: บทบาทของพยาบาล*. *วิทยาสารพยาบาล*, 28(1), 76-85.
- ชื่นฤดี คงศักดิ์ระกุล. (2539). *การประเมินความปวด: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2(1), 104 -107.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). (Tassanee Tongprateep, B.E. 2547). *เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(2), 42-44.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์, วังจันทร์ เพชรพิเชษฐเชิธร, และอรัญญา เชาวลิต. (2546). *การรับรู้*

ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาพยาบาล*, 18(3), 65-85.

ทิสนา เขมณี. (2547). (Tissana Khaemane, B.E. 2547). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*: กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนา นิลชัยโกวิท. (2548). (Thana Nilchaigovit, B.E. 2548). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. Retrieved August 3, 2005, from website <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/c27.htm>

ธัสมน นามวงษ์. (2540). (Tassamon Namwongs, B.E. 2540). *ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุชรินทร์ ลักษณ์ทกุล. (2543). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

นุชรี ไล่พันซ์. (2542). (Nucharee Laipan, B.E. 2542). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บังอร ชาตริยานุโยค, พรพิมล มาศนรากรณ์, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, และอารีย์ บุญบวรรัตนกุล. (2546). (Bungon Chatianuyok et al, B.E. 2546). *ผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ของพยาบาลศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลรามธิบดี*. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 9(1), 39-46.

บุญเรียง ขจรศิลป์. (2547). *การใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ*. ใน *การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 10-12* (หน้า 130-141). กรุงเทพฯ: บริษัท เอส.พี.การพิมพ์ จำกัด.

ปราโมทย์ ทองสุข และทัศนีย์ นะแส. (2546). (Pramoch Thongsuk and Tassanee Nasae, B.E. 2546). *การจัดการเรียนการสอนมรณศึกษา ในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(1), 1-15.

- ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2547). *การจัดการกับอาหาร*. เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปีการศึกษา 2547. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2548). (Piyawan Poakpalakorn B.E. 2548). *ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนา วิภามศ. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2548). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). ประกาศใช้ใน *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 124. ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 19 มี.ค. 2550 ประกาศใช้ตั้งแต่ 3 มี.ค. 2550.
- พรเลิศ นัทรแก้ว. (2548). *การดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้ายแบบองค์รวม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง มิติองค์รวมของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. วันที่ 17-19 สิงหาคม 2548. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาศิบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินิจ รัตนกุล. (2547). *จริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยในมรณะวิถี*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(2), 12 -15.
- ภักตฤกษ์ชัย ศรีกสิพันธ์. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความตาย*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์* เล่ม 3 (หน้า 295-309). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- มนรัตน์ จินดา และสายพิน หัตถิรัตน์. (2549). *การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญหน้ากับความตาย*. *คลินิก*, 22(6), 483-487.
- เยาวรัตน์ อินทอง. (2547). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์*. ใน ภักกร ช่วยบุญปลการ (บรรณาธิการ), *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รสพร ประทุมวัน. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ*

ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2548). (Rungnirund Pradisuwana, B.E. 2548). *Palliative treatment: Form cure to care*. การประชุมวิชาการประจำปี 2548. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ลักษมี ชาญเวชช์. (2549). Pain management in end of life. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต* (หน้า 45-60). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรวิมลเชียร. (2546). *อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยเรื้อรัง*. การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. วันที่ 5-6 กันยายน 2546. ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ: ศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบันของศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ร่วมกับ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี.
- วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. (2545). *พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- วารภรณ์ ไวกกุล. (2548). *การประเมินผู้ป่วยปวดมะเร็ง*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง มิติองค์รวมของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. วันที่ 17-19 สิงหาคม 2548. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย วงศ์ชนะภัย. (2546). *กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย*. ในสมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วันดี สุทธิรังสี, สมพร อยู่ดี, และอรัญญา เชาวลิต. (2544). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(3), 1-12.
- วันดี โภคะกุล. (2543). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วันทิวา วัฒนะโชติ. (2540). *การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาทินี ศรีไทย . (2548). ผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวัณย์ บุญมานุษ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). (Institution for the Development and Certification of Hospitals' Excellence, B.E. 2549). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตำรวจ.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2539). Palliative care. วารสาร โรคมะเร็ง, 22(1-2), 51-58.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 4(2), 117-119.
- สมพร โชติวิทย์ธารกร. (2543). (Somporn Chotevithayatar B.E. 2543). ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). (Nurse Association of Thailand, B.E. 2546). จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). (Sompoj Iamsupasit, B.E. 2549). ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม. ใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต(บรรณาธิการ), ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (หน้า 47-60). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์. (2548). พยาบาลกับงาน Palliative care. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 41-45). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สิวลี ศรีโล. (2548). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 106). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. (2540). ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดใน

- ผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร ดาวดี. (2537). *ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ ลีมงคล. (2548). *การดูแลระดับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง มิติองค์รวมของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. วันที่ 17-19 สิงหาคม 2548. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาริบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2548). *การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย*. ใน ลักขมี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- หน่วยทะเบียนและประมวลผลการศึกษา. (2551). (Department of Certification and Evaluation of Education, B.E. 2551). *ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- อรัญญา เชาวลิต. (2548). *ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน ลักขมี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 148). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อาคม เขียรศิลป์. (2548). *การบรรเทาความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยใกล้ตาย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง มิติองค์รวมของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. วันที่ 17-19 สิงหาคม 2548. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาริบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล จ้วงพานิช. (2544). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 12(3), 72-77

- Adriaansen, M. J. M., & Van Achterberg, T. (2008). The content and effects of palliative care courses for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 471-485.
- Adriaansen, M. J. M., Van Achterberg, T., & Borm, G. (2005). Effect of a postqualification course in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 96-103.
- ANA. (1991). *Nursing's Agenda for Health Care Reform*. Washington, DC. American Nurses Publishing.
- Bandura, A. (1997). Sources of self-efficacy. In S. F. Brennam (Ed.), *Self-efficacy: The exercise of control* (pp. 79-115). New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bialk, J. J. (2004). Ethical guidelines for assisting patients with end-of-life decision making. *Medsurg Nursing*, 13(2), 87-90.
- Bonica, J. J. (1990). The management of pain, *Cancer pain* (2nd ed, pp. 400 – 460). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Briggs, E. (2003). The nursing management of pain in older people. *Nursing Standard*, 17(18), 47 - 53.
- Buckman, R. (2003). Communication skills in palliative care: A practical guide InD. Dolye (Ed.), *Oxford textbook of palliative care* (3rd ed.). New York: Oxford university Press.
- Carr, E. C. J., & Mann, E. M. (2000). *Pain: Creative approaches to effective management*. London: Macmillan Press.
- Clarke, E., French, B., Bilodeau, L., Capasso, V., Edwards, A., & Empoliti, J. (1996). Pain management knowledge, attitudes, and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(1), 18-31.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 115-159
- Copp, G. (1998). A review of current theories of death and dying. *Advance Nursing*, 28(2), 382-390.
- Corner, J., & Wilson-Barnett, J. (1992). The newly registered nurse and the cancer patient: An educational evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 29(2), 177-190.
- Coyle, N., Adelhardt, J., Foley, K. M., & Portenoy, R. K. (1990). Character of

- terminal illness in the advanced cancer patient: Pain and other symptoms during the last four weeks of life. *Journal Pain Symptom Management*, 5(2), 83 – 93.
- Coyne, P., Paice, J. A., Ferrell, B. R., Malloy, P., Virani, R., & Fennimore, L. A. (2007). Oncology end-of-life nursing education consortium training program: Improving palliative care in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 801-807.
- Cramer, L. D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2003). Nurses' attitudes and practice related to hospice care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 249-255.
- Degner, L. F., & Gow, C. M. (1988). Preparing nurse for care of the dying. *Cancer Nursing*, 11(3), 160 -169.
- Dobratz, M. C. (2005). Gently into the light a call for the critical analysis of end-of-life outcomes. *Advance in Nursing Science*, 28(2), 116-126.
- Erien, J. A., & Sereika, S. M. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 953-961.
- Ferne, C. K. (2002). Legal and ethical issues in end-of-life care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14 (2), 141 - 155.
- 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. R., Grant, M., & Virani, R. (1999). Strengthening nursing education to improve end-of-life care. *Nursing Outlook*, 47(6), 252 - 256.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Virani, R., Rhome, A., Malloy, P., Bednash, G., et al. (2005). Evaluation of the end-of-life nursing education consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 107-114.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2002). An overview of palliative nursing care. *American Journal of Nursing*, 102(5), 26-31.
- Ferrell, B. R., Dahlin, C., Campbell, M.L., Paice, J.A., Malloy, P., & Virani, R. (2007). End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) training program: improving palliative care in critical care . *Critical Care Nursing Quarterly*, 30(3), 206-212.
- Garcia , J., & Altman, R. D. (1997). Chronic pain states: Pathophysiology and medical

- therapy. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 27(1), 1 -16.
- Hader, C., & Guy, J. (2004). Your hand in pain management. *Nursing Management*, 35(11), 21-27.
- Kuebler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Lawton, J. (2000). *The dying process: Patients' experiences of palliative care*. London: Routledge
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal Intravenous Nursing*, 24(2), 85-94.
- MacPherson, R. D. (2000). The pharmacological basis of contemporary pain management. *Pharmacology and Therapeutics*, 88(2), 163-185.
- Maddocks, I. (2003). Advances in acute, chronic, and end-of-life pain and symptom control. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 17(3-4), 211-221.
- Malloy, P., Ferrell, B. R., Virani, R., Uman, G., Rhome, A., Whitlatch, B., et al. (2006). Evaluation of end-of-life nursing education for continuing education and clinical staff development educators. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(1), 31-36.
- Malloy, P., Ferrell, B. R., Virani, R., Wilson, K., & Uman, G. (2006). Palliative care education for pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 33(6), 555-561.
- 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.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. New York: J.B. Lippincott.
- Miller, E. (2004). The World Health Organization analgesic ladder. *Journal Midwifery Womens Health*, 49(6), 542 - 554.
- Mirken, B. (1998). *You and your doctor: Ideas on managing one of the most important relationship in your life*. San Francisco: A Publication of the San Francisco AIDS Foundation
- Myerscough, P. R., & Ford, M. (1996). *Talking with Patient: Keys to good communication* (3rd ed.). Oxford: Medical Publication.
- Parsons, R. (2007). Improving preceptor self-efficacy using an online education

- program. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), 524-539.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott
- Raudonis, B. M., Kyba, F., & Kinsey, T. (2002). Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatric Nursing*, 23(6), 296-301.
- Russo, M. C., & Brose, G. W. (1998). Chronic pain. *Annual Review of Medicine*, 49(1), 123-133.
- Saunders, C. (1981). Current views of pain relief and terminal care. In M. Swerdlow (Ed.), *The therapy of pain* (pp. 215-241). Lancaster, England: MTP Press Ltd.
- Sellick, S. M., Charles, K., Dagsvik, J., & Kelley, M. L (1996). Palliative care providers' perspectives on service and education needs. *Journal of Palliative Care*, 12(2), 34-38.
- Shin, H. S., Kim, S. H., & Kwon, S. K. (2000). Effects of education on primiparas' postpartal care. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 6(1), 34-45.
- 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.
- Tilden, V. P. (1999). Ethics perspectives on end-of-life care. *Nursing Outlook*, 47(4), 162-166.
- W, H. O. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: Report of a WHO expert committee.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการ (symptom management) การจัดการกับความปวด (pain management) การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเด็นจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (psychosocial and spiritual care/ethical issues) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication) ภาพยนตร์เรื่อง wit กรณีศึกษา คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และภาพประกอบ และการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2. อาจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ พัชรี เจริญพร

หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภาคผนวก ข

**แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย
โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะ
ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะ
ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อตัวข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
โดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ และได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการ
รักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้ง
ให้ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ภาคผนวก ก



No. MU 2007-119

**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

Title of Project. The Effect of a Supportive Education in End-of-Life Care Program on Knowledge and Perceived Self-Efficacy of Professional Nurses (Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Pol. Lt. Col. Praewphan Pramroj Na Ayudhaya

Name of Institution. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman.

Handwritten signature of Professor Dr. Srisin Khusmith in black ink.
(Professor Dr.Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute.

Handwritten signature of Professor Dr. Pornchai Matangkasombut in black ink.
(Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval.

- 3 JUL 2007

Date of Expiration.

- 2 JUL 2008

ภาคผนวก ง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การแพทย์ รพ.ตร. โทร. 6764,6765

ที่ 0029.2 (อกจท.) / 29 วันที่ 14 สิงหาคม 2550

เรื่อง อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย

เรียน พ.ต.ท.หญิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา

ตามที่ท่านได้ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ” นั้น คณะอนุกรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ได้ร่วมพิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของสากล ว่าด้วยเรื่องการวิจัยในมนุษย์ (ICH-GCP) จึงอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

พ.ต.อ.

(สุพัฒน์ เลหาะวัฒน์)

ประธานอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก จ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

ที่ พช. 0027.003.7/ 777

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบประเมินความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

เรียน อ.ดร. สุปรีดา มั่นคง

ตามที่ พ.ต.ท.หญิง แพรพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ มีความประสงค์ขอใช้แบบประเมินความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต นั้น

เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล จึงยินดีให้ใช้แบบประเมิน และสามารถดัดแปลงได้ตามสาระสำคัญของงานวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ดร. จันท์เพ็ญ (มโนศิลป์กร) สุรียวางษ์)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามชุดที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () หน้าข้อความ หรือข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ ตามลักษณะที่เป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุเต็ม ปี เดือน

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หย่า หม้าย แยกกันอยู่

4. ศาสนา

 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. การศึกษาสูงสุด

 ปริญญาตรี ปริญญาโท

6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา..... ปี เดือน

7. แผนกที่ปฏิบัติงาน

 แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกกุมารเวชกรรม หออภิบาลผู้ป่วยหนัก

8. ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน ราย

9. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในระยะสุดท้าย (เช่น เจ็บป่วยหนักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ประสบเหตุร้ายแรง) ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เคย มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่ท่านรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันมากเช่น พ่อแม่ ลูก
โปรดระบุบุคคล

.....

เคย มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่ท่านรู้สึกไม่ใกล้ชิดมาก เช่น พี่ ป้า น้า อา
โปรดระบุบุคคล

.....

ไม่เคย มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในระยะสุดท้าย

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามชุดที่ 2

แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โปรดอ่านข้อคำถามเหล่านี้และพิจารณาเลือกข้อคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย **X** ทับตัวอักษรหน้าข้อความนั้นๆ (1 คำตอบเท่านั้น)

1. ข้อใดไม่ใช่เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
 - ก. การวินิจฉัยปัญหาความไม่แน่นอนของแบบแผนของโรค
 - ข. การควบคุมความเจ็บปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมาน
 - ค. การผ่อนคลายความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ
 - ง. การช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องของการรักษา
2. ข้อความใดมีใจเนวคิดหลักเกี่ยวกับวัฒนธรรมความเชื่อในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - ก. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
 - ข. ให้การรักษาผู้ป่วยทุกคนตามแบบฉบับเดียวกัน และอย่างเท่าเทียมกัน
 - ค. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วย ในการให้การพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต
 - ง. ประเมินว่าในครอบครัวของผู้ป่วย ใครคือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญของการรักษา

.....

.....

.....

.....

.....
20. องค์ประกอบ ที่สำคัญที่สุด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตคือข้อใด
 - ก.
 - ข.
 - ค.
 - ง.

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามชุดที่ 3

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการทราบถึงระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความแต่ละข้อทางด้านซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่าในแต่ละข้อนั้น ตนเองมีความมั่นใจว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มากน้อยเพียงใด จากนั้นใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับการรับรู้ของตนเองเพียงช่องเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|-----------------|
| 1 | เท่ากับ | ไม่มั่นใจ |
| 2 | เท่ากับ | มั่นใจเล็กน้อย |
| 3 | เท่ากับ | มั่นใจปานกลาง |
| 4 | เท่ากับ | มั่นใจมาก |
| 5 | เท่ากับ | มั่นใจมากที่สุด |

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
	ไม่มั่นใจ	มั่นใจเล็กน้อย	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ท่านสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้บรรลุดตามเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้					
•.....					
•.....					
•.....					
•.....					
•.....					
•.....					
•.....					
20. ท่านมั่นใจในการประเมินปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้					

ภาคผนวก ก

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย มีอาการตาเหลืองท้องมานและปวดท้องบริเวณลิ้นปี่มาประมาณ 3 เดือนเศษ ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์รักษาตัวประมาณ 10 วัน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ ในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น แพทย์แจ้งกับลูกผู้ป่วยว่า ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ประมาณ 10 ซม. และได้กระจายไปอุดหลอดเลือดดำในตับแล้ว รวมทั้งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องด้วย จึงทำให้ท้องโต ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดใดๆ ได้ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาที่บ้าน ต่อมา 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดท้องมากยิ่งขึ้นจนนอนไม่ได้ ซึมเศร้า พุดคุยน้อยลง ไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่มีแรง อ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีไข้ ลูกๆ จึงพามาโรงพยาบาล ก. เพื่อขอความเห็นเพิ่มเติมและรักษาต่อไป ลูกสาวของผู้ป่วยแจ้งกับแพทย์ที่โรงพยาบาล ก. ว่ายังไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็งตับ บอกแต่เพียงว่าเป็นตับแข็งจากไวรัสบีเท่านั้น

ประวัติครอบครัว

.....

.....

.....

การดำเนินโรคในโรงพยาบาล

.....

.....

.....

คำถามจากกรณีศึกษา

1. ท่านจะให้การดูแลด้านร่างกายและสังคมของผู้ป่วยรายนี้อย่างไร
2. ท่านจะให้การดูแลด้านจิตใจอารมณ์และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยรายนี้อย่างไร
3. ท่านคิดว่ามีประเด็นเชิงจริยธรรมเกี่ยวกับเรื่องการสื่อสารและแนวทางในการดูแลเรื่องนี้หรือไม่ อย่างไร

ภาคผนวก ญ

คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



โดย

พ.ต.ท.หญิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ฎ

กำหนดการ

โครงการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับพยาบาลวิชาชีพ

วันที่ 25 กันยายน 2550 เวลา 08.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมประชุม โรงพยาบาลตำรวจ

- 08.00 – 08.15 น. ลงทะเบียน
- 08.15 – 08.45 น. พิธีเปิดการประชุม ประเมินแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (pre test)
- 08.45 – 10.00 น. บรรยายเรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยาบาลตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (symptom control in end of life care) การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (pain management in end of life care) โดย พ.ต.ท. หญิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา
- 10.00 – 10.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.15 – 12.00 น. นำเสนอภาพยนตร์เรื่อง “Wit”
- 12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 – 15.00 น. บรรยายเรื่อง การดูแลผู้ป่วยในด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (psychosocial and spiritual care) ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ethical Issues) โดย รศ.ดร.ทัศนีย์ ทองประทีป
- 15.00 – 15.30 น. วิเคราะห์ กรณีศึกษา และแจกคู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 15.30 – 16.00 น. post test แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินสมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพิธีปิดการประชุม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พ.ต.ท. หญิง แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา
วัน เดือน ปี เกิด	4 มิถุนายน 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2524-2528 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรมทั่วไป ตึกเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 11 โรงพยาบาลตำรวจ ถ.พระราม 1 เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เบอร์โทรศัพท์ 02-2076168
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	492/1 โรงพยาบาลตำรวจ ถ. พระราม 1 เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 เบอร์โทรศัพท์ 02-2500373 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 08-19475998