



สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดย

นายธีระชล สาทสิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดย

นายธีระชล สาทสิน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

EMERGENCY NURSES' COMPETENCY IN THE PROVISION OF  
PALLIATIVE CARE AND RELATED FACTORS

BY

Mr.THEERACHOL SATSIN



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS

FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

ADULT NURSING

FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

ACEDMIC YEAR 2016

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นายธีระชล สาทสิน

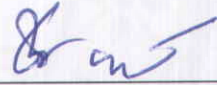
เรื่อง

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง


ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านริตติศัย)


กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)


กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

  
(อาจารย์ ดร.วรลักษณ์ ทองทวี)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)

คณบดี

  
(ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ชื่อผู้เขียน	นายธีระชล สาดสิน
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เยาวรัตน์ มัชฌิม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. บวรลักษณ์ ทองทวี
ปีการศึกษา	2559

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 9 โรงพยาบาล จำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตาย 3) แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ 4) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา และ 6) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product – moment correlation) และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาพรวมระดับปานกลาง (Mean = 70.4, S.D. = 11) สมรรถนะรายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.340, p < 0.01$ ;  $r = 0.174, p < 0.05$  และ  $r = 0.509, p < 0.01$  ตามลำดับ)

ผลการศึกษาที่ได้ทำให้เข้าใจสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากขึ้น และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

**คำสำคัญ :** สมรรถนะ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



Thesis Title	EMERGENCY NURSES' COMPETENCY IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE AND RELATED FACTORS
Author	Mr.Theerachol Satsin
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Yaowarat Matchim, Ph.D., RN
Thesis Co- Advisor	Lecturer Borwarnluck Thongthawee, Ph.D., RN
Academic Year	2016

### Abstract

This descriptive study aimed: 1) to examine the level of emergency nurses' competency in providing palliative care and 2) to examine the relationships between emergency nurses' competency in the provision of palliative care and related factors. Data were collected from 169 registered nurses working in Emergency Rooms (ER) at 9 hospitals in Bangkok. The instruments that used in this study included: (1) a demographic data form; (2) the Attitude Toward Death and the Dying Patient Questionnaire (ATDDPQ); (3) the Nurses Self-Awareness Questionnaire (NSAQ); (4) the Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN); (5) the Self-Directed Learning Readiness Scale (SDLRS) and (6) the Emergency Nurses' Competency in Providing Palliative Care (ENCPPC). Descriptive statistics were used to analyze the demographic data and the level of competency in the provision of palliative care. Pearson's product moment correlation and Spearman's rank-order correlation were used to analyze the relationships between emergency nurses' competency in the provision of palliative care and related factors.

The results revealed that the participants had a moderate level of competency in providing palliative care (Mean = 70.4, S.D. = 11). When considering the levels of each dimension, the average score of all components was at a moderate level. Nurses Self-Awareness Knowledge in Palliative Care and Self-Directed Learning had a positive relationship with emergency nurses' competency in the provision of palliative care

( $r = 0.340$ ,  $p < 0.01$ ;  $r = 0.174$ ,  $p < 0.05$  and  $r = 0.509$ ,  $p < 0.01$ , respectively)

The findings indicated that the majority of ER nurses have a moderate level of competency in providing palliative care. Promoting palliative care knowledge for ER nurses is needed for enhancing peaceful death in ERs.

**Keywords:** competency, palliative care, emergency nurse





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาว์รัตน์ มัชฌิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยเอาใจใส่ ให้คำแนะนำตลอดจนให้ความรัก ความเมตตา เสียสละเวลาในวันหยุด และคอยผลักดันให้ก้าวผ่านอุปสรรคในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการเป็นอาจารย์พยาบาล อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ อีกทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่เสียสละเวลามาเป็นกรรมการพิจารณาถ้อยแถลงวิทยานิพนธ์ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัทธิตย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้ง 8 โรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในการทดสอบเครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัย และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในการสนับสนุนทุนวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินชีวิต รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ที่คอยช่วยเหลืองานเอกสารที่ดีมาโดยตลอดการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมปีการศึกษา 2557 โดยเฉพาะเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มอบมิตรภาพ คอยเป็นกำลังใจ และช่วยเหลือเป็นอย่างดี และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อนร่วมงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อนร่วมงานห้องรับบริจาคโลหิต ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่เคารพและเป็นที่ยกย่อง สมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่มีส่วนสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ถือเป็นแรงใจที่สำคัญทำให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์สำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี และขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ห่วงใยและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัย

ธีระชล สาทสิน

26 เมษายน 2560

## สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	[1]
บทคัดย่อภาษาไทย	[2]
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	[4]
กิตติกรรมประกาศ	[6]
สารบัญ	[7]
สารบัญตาราง	[11]
สารบัญภาพประกอบ	[12]
บทที่ 1      บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามวิจัย	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.4 สมมติฐานการวิจัย	7
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
1.6 กรอบแนวคิดวิจัย	8
1.7 ขอบเขตการวิจัย	9
1.8 นิยามตัวแปร	10
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
บทที่ 2	การทบทวนวรรณกรรม	12
2.1	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	14
2.1.1	ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	14
2.1.2	ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	14
2.1.3	เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	16
2.1.4	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25
2.2	สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	33
2.2.1	ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	33
2.2.2	ความเป็นมาและองค์ประกอบของสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	34
2.2.3	เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	40
2.3	บริบทการให้บริการโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	42
2.3.1	บริบทการให้บริการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์	42
2.3.2	บริบทการให้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	43
2.4	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	46
2.4.1	ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	46
2.4.2	ทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย	48
2.4.2.1	เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทัศนคติ ของพยาบาลต่อความตาย	49

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.4.3 ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล	50
2.4.3.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความตระหนักรู้ ในตนเองของพยาบาล	51
2.4.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	52
2.4.4.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	53
2.4.5 ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา	55
2.4.5.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพร้อม ในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา	56
<b>2.5 สรุปการทบทวนวรรณกรรม</b>	<b>57</b>
<b>บทที่ 3      วิธีการดำเนินการวิจัย</b>	<b>58</b>
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	66
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	67
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	68
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	69
<b>บทที่ 4      ผลการวิจัยและการอภิปรายผล</b>	<b>71</b>
4.1 ผลการวิจัย	71
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	79

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
<b>บทที่ 5</b>	<b>สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b>	<b>90</b>
	5.1 สรุปผลการวิจัย	90
	5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย	93
	5.3 ข้อเสนอแนะ	93
<b>รายการอ้างอิง</b>		<b>95</b>
<b>ภาคผนวก</b>		<b>106</b>
	ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	107
	ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย	121
	ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการวิจัย	131
	ภาคผนวก ง รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	137
	ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	142
	ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	144
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>		<b>175</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
4.1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	72
4.2	ค่าร้อยละเฉลี่ยของผลการศึกษาคือความต้องการในการศึกษาหรืออบรม ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกโดยรวมและรายข้อ	75
4.3	คะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน	76
4.4	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลากับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	78

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
1.1	แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย	9
2.1	กรอบแนวคิดดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	25
2.2	ทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	26



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life care) ทวีความสำคัญและเป็นที่ต้องการของสังคมมากขึ้น จะเห็นได้จากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างชัดเจนทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากในปัจจุบันมีจำนวนกว่า 22.26 ล้านคน โดยในปี 2593 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 63 ของโลก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.3 ของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเพิ่มขึ้นจากปี 2559 สูงถึงร้อยละ 13 (สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2558) ยังพบว่าแนวโน้มการป่วยรวมถึงการเสียชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอันดับ 1 คือ โรคมะเร็ง ซึ่งมีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 60,000 คนต่อปี (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการ การดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต (World Health Organization [WHO], 2007) เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีหนทางไปสู่ความสงบในบั้นปลายของชีวิต โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้การรักษาครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และมีความต่อเนื่องในการประมวลผลอย่างสม่ำเสมอ (ปกป้อง ศรีสนิท, 2558) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะมีเวลาในการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด (จอนพะจง เฟิงจาด, 2553)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า เป็นโรคที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ และโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง และผู้อื่นได้ค่อนข้างจำกัด ภายใต้การรักษาแบบประคับประคอง การดูแลอย่างใกล้ชิด และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี หรือน้อยกว่า หรือในทางปฏิบัติมักยึดถือกันว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2010) ซึ่งในปัจจุบันแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (สกล สิงหะ, 2553) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และพยาธิสภาพของโรคมิแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งป่วยอยู่ใน



ระยะสุดท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า โรคไม่สามารถรักษาได้หรือควบคุมไม่ได้จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตอาจแตกต่างกันขึ้นกับชนิดของโรค เช่น มะเร็งอาจใช้เวลา 4-5 เดือนขณะที่โรคเรื้อรังอื่น ๆ อาจใช้เวลาเป็นปีซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยซึ่งคุกคามชีวิต ผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยวิธีการของการประเมินทางด้านกายภาพ ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (WHO, 2011) ในอดีตวิธีการดูแลแบบประคับประคองได้รับการพิจารณาและยอมรับในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อการศึกษาวิจัยมีความก้าวหน้าและมีการขยายผลมากขึ้น การดูแลแบบประคับประคองเริ่มถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกชนิดที่อยู่ในระยะประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคไตวายเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อม (WHO, 2013) เนื่องจากพบว่าเป็นแนวทางที่สามารถตอบสนองความต้องการ อีกทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อีกทั้งมีแนวโน้มว่าอาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ เป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (symptom control) ไปจนถึงการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual care) โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการที่ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น จัดการอาการปวดให้ยากกลับไปจัดการอาการ วางแผนการดูแล และการดูแลต่อที่บ้าน (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) อย่างไรก็ตามเมื่อโรคมีการดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต (Terminal) หรือ ระยะใกล้ตาย (Dying) ในช่วงนี้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมักจะควบคุมและจัดการกับ อาการปวด (pain) หายุดหายใจหรือหายใจลำบาก (breathlessness/dyspnea) ซึ่งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานไม่ได้ (มาลินี วงศ์พานิช, 2525) จึงมักพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายอาจต้องเข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Barbera, Taylor, & Dudgeon, 2010) ในขณะที่เดียวกันบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่กลับไม่ได้ถูกเตรียมหรือพัฒนาให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่จึงมักได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป เช่น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย หรือได้รับการดูแลที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต ตามรูปแบบการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เน้นเรื่องการกู้ชีพและการดูแลเพื่อรักษาชีวิต ซึ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายกระบวนการดูแลช่วยเหลือดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้ามมักนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานจากการรักษา ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติที่เห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ไม่ได้ตายดีตายสงบอย่างที่ผู้ป่วยปรารถนา

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน จำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพจากโรคเรื้อรังหรือโรคที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบัน และ 2) ผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บ ซึ่งสามารถจำแนกตามอาการนำที่เป็นสาเหตุคุกคามชีวิต คือ 1) มีอาการฉุกเฉินของทางเดินหายใจ เช่น การเกิดภาวะอุดกั้นของท่อทางเดินหายใจจากภาวะท่อหายใจหดเกร็ง ภาวะหมดสติ การแพ้ยาหรือสารต่าง ๆ 2) อาการฉุกเฉินของการหายใจ เช่น อาการหายใจหอบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของระบบการหายใจ ผู้ป่วยหอบหืด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย 3) มีอาการฉุกเฉินด้านการทำงานของหัวใจ 4) การเกิดภาวะเร่งด่วนทางศัลยศาสตร์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน และ 5) ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่เกิดจากการบาดเจ็บ (ไกรศร จันทน์ธรมิตร, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2559) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่จะเข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการเฉียบพลัน โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายแพทย์ไม่อาจช่วยเหลือรักษาชีวิตไว้ได้เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตรุนแรงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายใกล้ตายและอาจตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น (Quigley & Burton, 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกนำมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจเพียงแค่มิ่ก่ชั่วโมงก่อนที่จะเสียชีวิตแต่ก็ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมีความหมาย และทำทนายต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่จะมีผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (วารภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2557) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าแม้บุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะถูกฝึกมาให้มุ่งเน้นเรื่องการกู้ชีพและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

จากการสำรวจข้อมูลสถิติโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร เมื่อเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2559 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองถึงร้อยละ 21.8 แต่กลับพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงได้รับการช่วยชีวิตเมื่อหัวใจหยุดเต้น และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นไปเพื่อการช่วยชีวิตและยื้อชีวิต (อาจารย์ พรหมดี, 2559) ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ตายดีตายสงบตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวปรารถนาหรือตามผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกเตรียมมาตั้งแต่การดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ด้วยที่ผ่านมานโยบายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นหลักไปที่หอบผู้ป่วย และดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยเครือข่ายบริการสหวิชาชีพร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและสามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิตได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) แต่ในขณะเดียวกันพบว่าในประเทศไทยมีหอผู้ป่วยเฉพาะที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงไม่กี่แห่ง ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตายในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤต กึ่งวิกฤต (Nilmanat &

Phungrassami, 2006) แต่สำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วมักเป็นสถานที่ที่ถูกละเลยว่าเป็นด่านหน้าในการช่วยรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วย อย่างทันท่วงทีและเต็มที่ด้วยเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ การดูแลแบบประคับประคองและส่งเสริมการตายอย่างสงบจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นยากสำหรับการดูแลในห้องฉุกเฉิน ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้ ในด้านต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมทั้งการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงถูกมองข้ามไป (Shearer, Rogers, Monterosso, Ross-Adjie, & Rogers, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทยพบเพียง 1 การศึกษา คือการศึกษาของวารารณ คงสุวรรณ กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งศึกษาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา จำนวน 3 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านของสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างหรือเชิงกายภาพของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม ไม่มีห้องให้ข้อมูลญาติและให้ญาติได้พักในขณะเศร้าโศก ไม่มีห้องเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต อุปสรรคด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน ได้แก่ การรับคนไข้อย่างไม่จำกัดรวมถึงการมุ่งเน้นการช่วยและยื้อชีวิตไม่เน้นความสุขสบายและไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จากวัฒนธรรมและระบบงานของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในส่วนนี้ทำให้กลายเป็นความยากในการที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท้ายสุดคืออุปสรรคด้านศักยภาพของแพทย์และพยาบาล ได้แก่ ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ และขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก แม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทของจังหวัดสงขลาซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่อื่น ๆ ได้ แต่ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแม้จะมุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลรักษาเร่งด่วนและเฉียบพลันเป็นหลักแต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมายังมีช่องว่างหรือถูกมองข้ามไป

จึงเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยหรือบริบทของการดูแลในโรงพยาบาลนั้นพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดที่สุด และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพมาตรฐานตามวิชาชีพ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2558) ซึ่งสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึงความสามารถในการกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเฉพาะโรค โดยใช้ความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลเฉพาะสาขานั้น ๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วย สมรรถนะที่ 1 มีความรู้และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการ

รักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือเฉพาะรายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะโรคได้อย่างเหมาะสม และสมรรถนะที่ 4 มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สภาการพยาบาล, 2552) จึงเห็นได้ว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกันในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาของมอนทากนินิ สมิธ และบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith & Balistreri, 2012) ซึ่งเป็นคณะผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อธิบายไว้ว่า สมรรถนะของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพต้องอยู่พื้นฐานของความรู้ ทักษะและพฤติกรรม โดยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีองค์ประกอบย่อย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) การจัดการกับอาการ 4) การตัดสินใจ 5) การสื่อสาร 6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ 7) การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและจากการศึกษาของมอนทากนินิ สมิธ และบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith & Balistreri, 2012) ยังพบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความสามารถในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และการจัดการกับอาการและอาการแสดงของการผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2558, Montagnini, Smith & Balistreri, 2012) อย่างไรก็ตาม สมรรถนะที่มีนั้นเพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจมีผลเกี่ยวกับการดูแลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกหลายปัจจัยก็เป็นไปได้

ปัจจัยสำคัญหลายประการที่ต้องคำนึงถึงและอาจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์กันทางบวกที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต, 2557; ภัทรภาพร ภัทรวาลี, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และวรรณภา ประไพพานิช, 2558) ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่าอาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อความตายมีแนวโน้มที่จะมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติไม่ดีต่อความตาย (ทัศนมา มหามานภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง, 2541) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ความตระหนักรู้ตนเองของพยาบาล (nurse self-awareness) คือ สิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรู้ตัวว่ากำลังทำผิดหรือรู้สึกอย่างไรใน

ขณะที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.32, p < 0.01$ ) (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต, 2557)

ซึ่งตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอาศัยการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ได้แก่ ความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care knowledge) การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายและตาย การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง เช่น ความปวด หายใจลำบาก เป็นต้น การดูแลด้านจิตสังคมและครอบครัวของผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมและความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996; Degner & Gow, 1988) พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตที่ใกล้ตายและครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจและเกิดประสิทธิภาพในการดูแลที่มากขึ้น (Pope, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งในวิชาชีพพยาบาล (Adelman, 1986) และยังคงส่งผลให้พยาบาลมีความพยายามใฝ่หาความรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้มีความรู้กว้างขวางและทันสมัยยิ่งขึ้น ให้เมื่อจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ (Hirumi, 2002) รวมทั้งการมีกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (self-directed Learning) ตามความสนใจ ทำให้พยาบาลสามารถแสวงหาความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลาต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีประไพ ไชยา, 2541) รวมทั้งช่วยเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการยกระดับวิชาชีพอีกประการหนึ่ง

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยจะเห็นได้ว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและสถานที่ สำหรับห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นสถานที่ที่พยาบาลต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วยอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่เน้นการช่วยชีวิตเป็นหลักและให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภทด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยได้มาตรฐาน ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลและรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉินที่กำหนดไว้ ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถูกมองข้ามหรือขาดการให้ความสำคัญไปแม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่ใกล้ตายมารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวนมากก็ตาม โดยอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งในด้าน 1) สภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างหรือเชิงกายภาพของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) วัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน และ 3) ศักยภาพของทีมผู้ให้การดูแลรักษา ได้แก่ ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติ ขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก อุปสรรคทุกด้านที่กล่าวมาล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย



กลุ่มนี้ทั้งสิ้น จากกระบวนการทำงาน จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่ออยู่ในระยะใกล้ตาย ถูกต้องดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## 1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับใด

1.2.2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและปัจจัยที่คัดสรร (ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา) มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

## 1.4 สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ทักษะคิดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

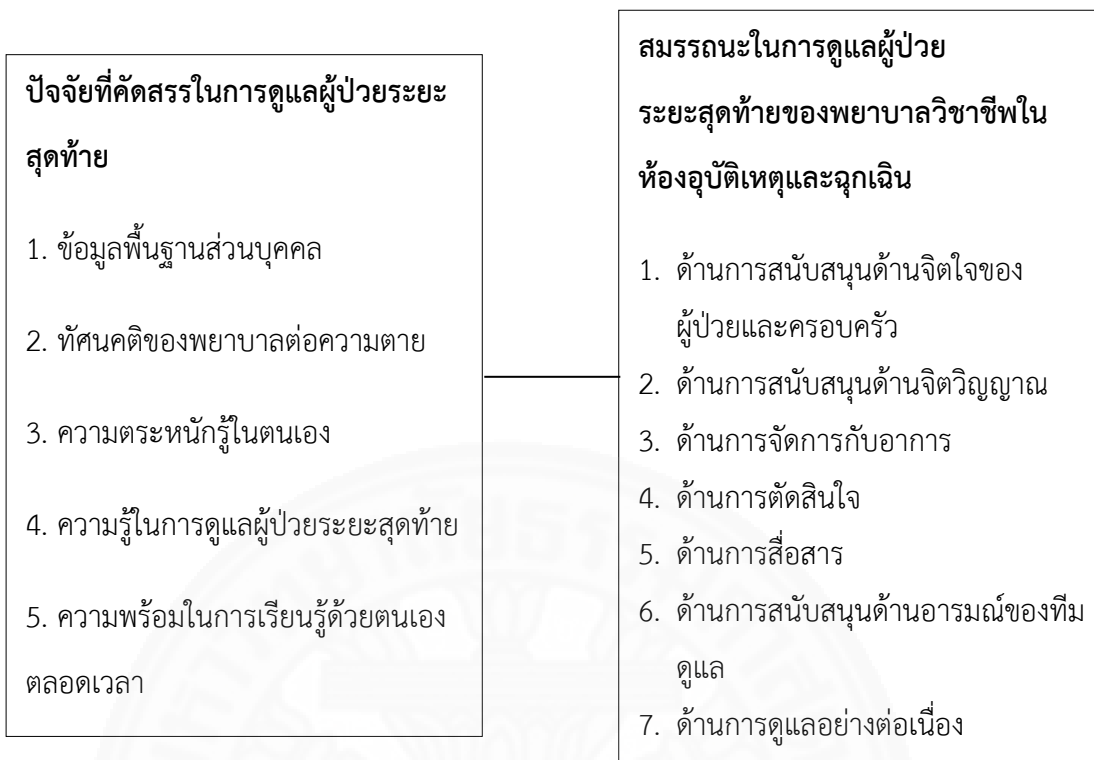
## 1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ทศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

1.5.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## 1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสมรรถนะ หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ตลอดจนบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมเพื่อให้การทำงาน ประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมาย สำหรับการศึกษสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของมอนทาากินี สมิธ และบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith & Balistreri, 2012) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าองค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มี 7 ด้าน คือ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (3) การจัดการกับอาการ (4) การตัดสินใจ (5) การสื่อสาร (6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ (7) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยคัดสรรที่อาจมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และการได้รับการอบรม ทศนคติของพยาบาลต่อความตายซึ่งเป็นความรู้สึนึกคิดของพยาบาลเกี่ยวกับความตาย ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา ในแผนภาพที่ 1.1



**แผนภาพที่ 1.1** กรอบแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1.7 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล ทั้งหมด 175 ราย มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี



## 1.8 นิยามตัวแปร

**1.8.1 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ตลอดจนบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของมอนทากนินี สมิธ และบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012) เป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน ที่ครอบคลุมมิติด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (3) การจัดการกับอาการ (4) การตัดสินใจ (5) การสื่อสาร (6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ (7) การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวาริณา หนูพินิจ, (2559) ทั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ปรับคำในข้อคำถามบางข้อให้สอดคล้องกับบริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ข้อคำถามมีทั้งหมด 37 ข้อ

**1.8.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ปัจจัยที่คัดสรร มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบไปด้วย

1.8.2.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกมาเป็นกลุ่มของพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.8.2.2 ทักษะจิตของพยาบาลต่อความตาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามทักษะจิตต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (ทัศน มหาอนุภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง, 2541)

1.8.2.3 ความตระหนักรู้ในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เรื่องราวของตัวเอง รู้นิสัย รู้จุดแข็ง รู้จุดอ่อน ซึ่งการรู้จักตัวเองนั้นครอบคลุมไปถึงการเข้าใจผู้อื่น รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และรู้ว่าต้องปฏิบัติกับผู้อื่นอย่างไร ความตระหนักรู้ในตนเอง มี 2 องค์ประกอบย่อย คือความตระหนักในตนเองส่วนบุคคล (Private Self-Awareness) เป็นการเข้าใจตัวเองแบบส่วนตัว ไม่ต้องไปยุ่งกับคนอื่น และความตระหนักในตนเองเชิงสาธารณะ (Public Self-Awareness) เป็นการเข้าใจตัวเองเวลาต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ดังนั้น ความตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพเป็นการรับรู้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ (สุภาพร ดาวดี, ฟารีดา อิบราฮิม, พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณ สัตยวิวัฒน์, 2537)

1.8.2.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยสามารถ แบ่งออกได้เป็น ความรู้ทั่วไปและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับความปวดและอาการหายใจลำบากและอาการอื่น ๆ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996)

1.8.2.5 ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามความสนใจ และมีศักยภาพในการแสวงหาความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาตลอดชีวิตต่อไป ทั้งนี้อาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ก็ได้ (Guglielmino, 1978) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (ศรีประไพโร ไซยา, 2541)

## 1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1.9.1 เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.9.2 ได้แนวทางในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.9.3 ได้แนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงทดลองต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมตามหัวข้อ ดังนี้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.1.3 เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.1.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

#### 2.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 2.2.1 ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.2.2 ความเป็นมาและองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.2.3 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### 2.3 บริบทการให้บริการโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- 2.3.1 บริบทการให้บริการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์
- 2.3.2 บริบทการให้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

#### 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 2.4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
- 2.4.2 ทศนคติของพยาบาลต่อความตาย
  - 2.4.2.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทศนคติของพยาบาลต่อความตาย
- 2.4.3 ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล
  - 2.4.3.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล

#### 2.4.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.4.4.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### 2.4.5 ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

2.4.5.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

### 2.5 สรุปการทบทวนวรรณกรรม



## 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่าง ๆ ลูกกลมจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป ได้มีการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนเสียชีวิต อาจแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเรื้อรัง

สมิธและโบเนท (Smith & Bohnet, 1983) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีการใด ๆ อาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และเสียชีวิตในที่สุด

จอห์นเซน ซิลเลอร์ และวินสเลด (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2010) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย การเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตและสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่า ภายใต้การรักษาด้วยยาและการดูแลอย่างใกล้ชิด

อิซุมิ เนเกีย ซากุเรีย และอิมามูระ (Izumi, Nagae, Sakurai, & Imamura, 2012) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า มีผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกหลังการวินิจฉัยว่าไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเป็นระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยทำให้เสียชีวิตในที่สุด

คณะกรรมการบริการสุขภาพแห่งชาติ ประเทศอังกฤษ (NHS England, 2014) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่หมดหวังที่จะรักษา อาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี หรือน้อยกว่า

บังอร ไทรเกตุ (2556) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่า เป็นการเจ็บป่วยอยู่ในระยะลูกกลม เรื้อรัง และเข้าสู่ ระยะสุดท้ายในการดำเนินการของโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนใหญ่จะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

นิรชา อัครธรรากุล, ภัคคพงศ์ วงศ์คำ และธราพร พวงโพธิ์ (2556) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลูกกลม เรื้อรัง และเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาหายได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

เดชทัต อัครธรรากุล, วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่หมดหวังที่จะรักษาให้หายขาดถึงขั้นเสียชีวิตไม่ว่าด้วยการรักษาวิธีใด ๆ และอาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ ซึ่งร่างกายจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้สามารถพยากรณ์โรคได้ว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี หรือน้อยกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า เป็นโรคที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ และโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือ ในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง และผู้อื่นได้ค่อนข้างจำกัด ภายใต้การรักษาแบบ ประคับประคอง การดูแลอย่างใกล้ชิด และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี หรือน้อยกว่า

### 2.1.1.2 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน

ควินเลย์และเบอร์ตัน (Quigley & Burton, 2003) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลันว่า เป็นผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือกะทันหัน ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ อาจจะเป็นทางรถ ทางน้ำ หรือได้รับ ภัยธรรมชาติ หรืออาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่จะ เข้ามารับ การรักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นอันดับแรก และพบว่าผู้ป่วยบางรายแพทย์ไม่อาจช่วยเหลือรักษาชีวิตไว้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตรุนแรงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายใกล้ตาย และอาจตายที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

เบียร์ลี เมอร์ฟี และโพรค็อก (Bailey, Murphy, & Porock, 2011) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุไม่ทันได้คาดคิดมาก่อนและยังรวมถึง ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบจนนำไปสู่การเสียชีวิต

จุนและคณะ (Jun et al., 2009) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน คือ เกิดจากการบาดเจ็บที่มีแรงหรือพลังงานของแรงที่มากกระทำต่อร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ผิดปกติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานของร่างกายอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่ได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้ผู้บาดเจ็บมีการเสียชีวิตอันรวดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือกะทันหัน ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบจนทำให้การเสียชีวิตอันรวดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ และอาจตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill patient) เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามถึงชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยอาจเป็นแบบเฉียบพลันกะทันหัน หรือ แบบค่อยเป็นค่อยไป เจ็บหนักเป็นครั้ง ๆ จนอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือรอดชีวิต จุดมุ่งหมายของการดูแลเพียงเพื่อประคับประคองอาการ ในการจำแนกว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจทำได้โดยการใช้แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) เมื่อประเมินแล้วค่า PPS อยู่

ในช่วง ร้อยละ 0-30 (การเคลื่อนไหวคือนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค คือผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ในการทำกิจวัตรประจำวัน รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลง และระดับความรู้สึกตัว อยู่ในระดับดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ก็ยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ก็ยังมีปัญหาและความต้องการอยู่อย่างต่อเนื่อง

### 2.1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาและความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ประกอบไปด้วย

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหลอดเลือดสมอง (Neurological Disease /Stroke)
3. โรคไตในระยะเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
4. โรคปอดและโรคหัวใจเรื้อรัง (Pulmonary and Heart Disease)
5. ผู้ป่วยหลังการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma Patient)
6. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Infectious Disease HIV/AIDS)
7. ผู้ป่วยเด็ก (Pediatric)
8. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Aging / Dementia)

โดยพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายมักก่อให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งจากตัวโรค และปัญหาจากภาวะจิตใจที่หดหู่และสิ้นหวังของชีวิตมักจะมีปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ จิต สังคม และจิตวิญญาณที่เหมือนกัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะที่ต้องเผชิญความตายของตนเองและบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองกำลังจะตาย การเจ็บป่วยทรุดลงเป็นลำดับ จะปฏิบัติกริยาต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและปฏิบัติกริยาต่อความตายหรือภาวะใกล้ตายของตนเอง



## ปฏิกริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์และพยาบาลมักถูกผู้ป่วยหรือญาติซักถาม เมื่อต้องบอกข่าวเกี่ยวกับอาการของโรคแก่ผู้ป่วย ด้วยความรู้สึกที่ยุ่งยากใจ ทีมสุขภาพควรเข้าใจปฏิกริยาตอบสนอง ของบุคคลที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อรับกับความตาย (Dying stages) ตามแนวคิดของ คูเบอร์ รอส (Kubler Ross) (Kübler-Ross, 1997; Kübler-Ross & Kessler, 2014) ดังนี้

1. ระยะเวลาปฏิเสธ (The stage of denial) เมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยมักปฏิเสธความจริง ไม่เชื่อว่าจะเป็นตนเอง ในระยะปฏิเสธนี้ ผู้ป่วยคิดว่าไม่ใช่เรื่องจริง จะเฉยเมยเฉย ไม่สนใจภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้น จะพูดเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น จะมีความคิดว่า “ไม่ใช่ตัวเรา” “ไม่ใช่เรื่องจริง” อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ๆ ภายใน 24 ชั่วโมงก็จะเริ่มดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับว่าการสูญเสียนั้นจะมากน้อยขนาดไหน

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือในระยะนี้ ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และเชื่อมั่นว่าพยาบาลเป็นที่ปรึกษาแก่เขาได้โดยแสดงท่าทีสงบ อ่อนน้อม และพร้อมจะช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกว่า เขาไม่ได้โดดเดี่ยวว่าเหว หรืออยู่ลำพังเพียงคนเดียว ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ (ทองทิพย์ พรหมศร, สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551)

2. ระยะเวลาโกรธ (The stage of anger) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นได้ ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกโกรธต่อโชคชะตาของตนเอง หรือกล่าวโทษผู้อื่น หรือระบายอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิด หงุดหงิดโดยไม่มีสาเหตุหรือเหตุผล มีความรู้สึกทุกข์ใจ ใจคอไม่สงบ กระสับกระส่าย พยายามหาเหตุผล หาคำตอบมาอธิบายภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้น คิดว่า “ไม่ยุติธรรม”

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือในระยะนี้ ได้แก่ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลไต่ถามทุกข์สุข มุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกของผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก และให้การยอมรับ เปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกได้พูดระบายความรู้สึกโดยรับฟังอย่างสงบและเข้าใจ (ทองทิพย์ พรหมศร, สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551)

3. ระยะเวลาต่อรอง (The stage of bargaining) ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่พยายามต่อรองกับสิ่งที่ตนเองนับถือหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่มีอำนาจที่มองไม่เห็น อาจบนบานหรือทำบุญสะเดาะเคราะห์กรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวออกไป และจะพยายามต่อรองที่จะไม่ต้องเกิดการสูญเสีย ซึ่งอาจจะโดยการสวดมนต์ อ้อนวอน ให้สัญญา เช่น จะทำบุญ บริจาคเงิน ทำความดี เป็นต้น และบางรายอาจจะรู้สึกผิด คิดว่าตนเคยทำผิดบาป หรือกลัวบาปกรรมในอดีตจะตามมาตอบสนอง ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยทำผิดมาจริง หรือคิดจินตนาการขึ้นมาเอง



ความต้องการการดูแลช่วยเหลือในขณะนี้ ได้แก่ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ อธิบายแผนการดูแลรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้กับการมีความหวังให้ผู้ป่วย และญาติที่ดูแลเข้าใจ ให้กำลังใจอย่าใกล้ขีดรวมทั้งการให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (ทองทิพย์ พรหมศร, สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551)

4. ระยะซึมเศร้า (The stage of depression) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า และแยกตัว เมื่อเริ่มตระหนักว่าตนเองไม่อาจหนีความตายไปได้ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ ทำให้มีปฏิกิริยาเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาการทางกายที่เกิดขึ้นได้แก่ หดแรงแรง อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิม ปากคอแห้ง ปวดศีรษะ แน่น หน้าอก ปั่นป่วนในท้อง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนอาการทางจิตใจ ได้แก่ รู้สึกโดดเดี่ยว เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด วิดกกังวล ไม่มีสมาธิ การรู้เวลาสถานที่และบุคคลอาจหายไป ขาดความเชื่อมั่น ในตนเอง บางรายรู้สึกอยากตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย บางคนรู้สึกเหมือนกำลังจะบ้าคิดวนเวียนเรื่องความตาย ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเรียน

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือในขณะนี้ ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระบายความรู้สึกเศร้าเสียใจออกมาทั้งพฤติกรรมและคำพูดสื่อสารด้วยสีหน้าท่าทางที่เข้าใจและพร้อมจะช่วยเหลือใช้คำพูดเท่าที่จำเป็น อาจใช้การสัมผัสให้ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าอบอุ่นใจ ประเมินความคิดอยากฆ่าตัวตาย ให้พิจารณาเลือกวิธีปรับตัว เป็นการเปิดโอกาสให้ได้เลือกทางออกใหม่ ช่วยให้ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าหาสิ่งทดแทน หรือที่พึ่งพายึดเหนี่ยวใหม่ ให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีการปรับตัวในทางสร้างสรรค์ (ทองทิพย์ พรหมศร, สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551)

5. ระยะยอมรับ (The stage of acceptance) ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต กล่าวถึงความตายด้วยจิตใจสงบ ผู้ป่วยเริ่มจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงค้างอยู่ หรือการเสี่ยงก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต เช่นวางแผนไปเยี่ยมลูก ไปเที่ยวพักผ่อน เป็นต้น

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือในขณะนี้ ได้แก่ เปิดโอกาสให้ได้พูดเล่าถึงความทรงจำที่ดี การปรับตัวที่ได้ผล แล้วให้แรงเสริมให้วางแผนสำหรับการดำเนินชีวิต และวางแผนที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคตด้วยตนเอง ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ ให้มีความเข้าใจผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกและรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก (ทองทิพย์ พรหมศร, สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551)

ดังนั้น การปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 5 ระยะนี้ อาจไม่เป็นตามลำดับ อาจเกิดย้อนกลับไปกลับมาในแต่ละระยะ อาจเกิดเหลื่อมซ้อนกันหรือเกิดขึ้นพร้อมกัน ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนและสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกถึงการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป พยาบาลจึงต้องยอมรับเข้าใจ ให้การปฏิบัติพยาบาลด้วยความใส่ใจ เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร ให้เกียรติและให้ความเคารพทั้งต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อบุคคลเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้

### ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในระบบต่างๆ ของร่างกายมากมาย เช่น อาการเบื่ออาหาร ทำให้ขาดน้ำขาดอาหาร ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphine) คีโตน (Ketone) และอื่น ๆ ออกมาทำให้รู้สึกสุขสบาย เจ็บปวดน้อยลง ซึมลง และหลับ จนกระทั่งหมดสติ ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับกลไกการตายตามธรรมชาติ จะประสบกับความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ค่อนข้างมากการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย (Symptom management) (สุมาลี นิมนานนิตย, 2552) รวมถึงเมื่อผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต (Terminal) ประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย หรือเรียกช่วงนี้ว่าระยะใกล้ตาย (Dying) ในช่วงนี้ผู้ป่วยมักจะควบคุมและจัดการกับอาการและอาการแสดงไม่ได้ เช่น อาการปวด (pain) หายุดหายใจหรือหายใจลำบาก (breathlessness/dyspnea) (มาลินี วงศ์พานิช, 2525) มีดังนี้

1. ความเจ็บปวด (Pain) ความปวด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ในการประเมินความปวดต้องประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่อความปวด อาการร่วมอื่น ๆ ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การบำบัดความปวดเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงอยู่ตลอดเวลา

2. ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia) มักไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากวัฒนธรรมและความเชื่อ ความรุนแรงของน้ำหนักที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์โรค ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ได้มีความหิวอย่างที่ผู้อื่นเข้าใจ การฝืนให้อาหารมีผลเสียหลายประการ เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้

3. การหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีการหายใจเปลี่ยนแปลงเหมือนหายใจไม่ออก ทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนเห็นไม่ได้ เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับ ความทรมานและอดอึดจากการขาดออกซิเจน แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยใกล้ตายไม่ได้รู้สึกอย่างที่ญาติเข้าใจ และการให้ออกซิเจนก็ไม่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

4. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความสามารถในการกลืนจะหายไป ทำให้มีน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งจากช่องปากและคอ (Oropharynx) คั่งค้าง เกิดเสียงดังเวลาหายใจออก บางครั้งเหมือนเสียงสำลัก เรียกว่า “Death rattle” ทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้ ต้องหยุดให้อาหารและน้ำทางปาก และควรให้ยาลดเสมหะ เพื่อลดการหลั่งน้ำลายและสารคัดหลั่งจากช่องปากและคอนอกจากนั้นอาจจัดท่าระบายเสมหะ (Postural drainage) แต่ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยระคายเคืองและไม่สงบ ญาติผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ

5. ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้น จนในที่สุดจะมากขึ้นจนผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัวได้ ทำให้เกิดการยึดติดของเอ็นและข้อหรืออาการปวดข้อและเกิดแผลกดทับได้ อาการเหนื่อยล้า มีลักษณะจำเพาะคือไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน อาการไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

6. อาการปากแห้ง (Dry mouth) ผู้ป่วยใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จึงไม่ควรฝืนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ

7. การขับถ่ายผิดปกติ อาจมีอาการถ่ายเหลว กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากการทำงานของหูดสูญไป

8. ร้องครวญครางหรือมีหน้าบิดเบี้ยวเหมือนเจ็บปวด อาจไม่ใช่เกิดจากความเจ็บปวดแต่อย่างใด แต่อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสมอง หรือเป็นจากกล่องเสียงหรือหลอดลมเริ่มอ่อนลง

### ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตายมักมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจทุกคน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้กลัวความตายโดยตัวของมันเอง แต่กลัวหรือกังวลกับขั้นตอนต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความตาย เพราะก่อนหน้านี้ผู้ป่วยอาจทุกข์ทรมานจากโรค และการรักษายาวนาน หรือเป็นห่วงกังวลถึงบุคคลที่รักที่ตนเองต้องละทิ้งไว้เบื้องหลัง หรือสิ่งที่ผู้ป่วยใกล้ตายกลัวมากคือ การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ อาจแสดงอารมณ์โกรธ หงุดหงิด เสียใจ และซึมเศร้า จะมากขึ้นอยู่กับสภาพทางร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอง (ปราณี อ่อนศรี, 2557)

## ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับความตายมิใช่แง่ความเชื่อเมื่อตายแล้ววิญญาณ ออกจากร่าง แต่จิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับหลายประการกับความตาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตาย จิตวิญญาณมักถูกกระทบกระเทือน ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยว ไม่มีความสุข ร่างกาย เจ็บปวด จิตใจเศร้าหมอง กลัวความตาย คุณค่าในตัวเองลดลง เป็นต้น (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2553) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงเจ็บปวดทางกายรุมเร้าเท่านั้นหากถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวจะถูกทอดทิ้ง กลัวสิ่งที่อยู่ข้างหน้าหลังสิ้นลม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ดังนั้น จากปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงมักมีการ ตอบสนองความต้องการทางด้านต่าง ๆ จากปัญหาดังกล่าว

### ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### 1) ความต้องการทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลต้องเข้าใจถึงการ เปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้ดูแลและญาติ ดูแลได้อย่างเหมาะสม เป็นการประคับประคองให้ผู้ป่วยได้รับความ สุขสบาย ไม่ทุกข์ ทรมานจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ความเปลี่ยนแปลงที่ พบได้ในผู้ป่วยใกล้ตาย (ปราณี อ่อนศรี, 2557; อนุพันธ์ ต้นติววงศ์, ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา, 2550) อาการทางกายที่แสดงออกมากในระยะสุดท้ายมักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่าง แบบองค์รวม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความปวด เคลื่อนไหว อาเจียน เบื่ออาหาร สับสน และท้องผูก ความสามารถในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ เปลี่ยนไป และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย จากการที่ร่างกายไม่ ความสามารถ ทำงานได้อย่างปกติผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความ สะอาดและความสุขสบายของร่างกายช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วยช่วยบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบายเกิด ความทุกข์ทรมานรวมถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ทองทิพย์ พรหมศร, สุภารัตน สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมึ ความเข้าใจในอาการที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยการประเมินอาการที่ ครอบคลุม โดยการจัดการกับอาการและอาการแสดงให้เหมาะสมทั้งการบำบัดโดยวิธีการใช้ยาและการ บำบัดร่วมอื่น ๆ ซึ่งการบำบัดในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมใน

การตัดใจโดยที่เป้าหมายในการดูแลในช่วงนี้เน้นการส่งเสริมความสุขสบายและลดการปฏิบัติภาระที่เพิ่มความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

## 2) ความต้องการทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง (ภุขงค์ เหล่ารุจิ สวัสดิ์, 2550) คือ 1) ภาวะซึมเศร้า (Depression) 2) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และ 3) ภาวะสับสน (Delirium) มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น อาจรุนแรงจนถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวการหายใจไม่ออกกลัวการตาย และที่สำคัญที่สุดคือ กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (ทองทิพย์ พรหมศร, สุदारัตน สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธ สรรพ์, 2551; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548) ในขณะที่ปัญหาทางกายแยลง อ่อนเพลียไม่มีแรง จนต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้น ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะด้านจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมความสุข การบรรเทาความทุกข์ทรมานหรือภาวะตึงเครียด การบำบัดเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ เช่น การบำบัดด้วยยา พฤติกรรมบำบัด หรือการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม และสามารถมีชีวิตอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

## 3) ความต้องการทางด้านสังคม

ความต้องการทางด้านสังคมเมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้น ด้านสังคม (สุวรรณค์ กุรัตน , พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ทำให้มีความต้องการทางสังคมสูงขึ้นอาจมีปัญหากันเองในบรรดาญาติพี่น้อง เช่น มรดก หนี้สิน ทรัพย์สิน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2547) ความต้องการทางด้านสังคมจึงส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ดังนี้

1) บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพราะบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ เช่น กรณีสามีซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักเสียชีวิตลง มักส่งผลให้ภรรยาต้องรับภาระของครอบครัว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาเรื่องของรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินตามมา เป็นต้น

2) ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยหนักและทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตลง อาจทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ การมีโอกาสดูแลปรับความเข้าใจ และแสดงออกถึงความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการได้แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าเสียสละจนเจตนาธรรมณในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาให้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ลดความรู้สึกคับ

ข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียคนที่รัก

3) ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) การประเมินเรื่องผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลางคนที่รัก ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องเข้าใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับบ้าน จะต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การสังเกตอาการป่วย เป็นต้น

4) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การประเมินเรื่องที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

5) เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยครอบครัวหรือญาติ เพื่อนบ้าน หน่วยงาน หรือองค์กร กลุ่มทางศาสนา อาสาสมัคร การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร เช่น การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การให้คำแนะนำ ให้เวลา ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว

6) ความต้องการของครอบครัว ในสังคมไทยสถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย บางครั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความขัดแย้งกับผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้และสามารถทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าเป็น“ทีม”เดียวกับผู้ดูแลรักษาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุดข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมคือ ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ศาสนา ความเชื่อ การรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

#### 4) ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณหลังจากที่ได้รับรู้ว่าการตายกำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจเป็นอย่างมากไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีโอกาสใดกล่าวขอโทษหรือขออโหสิกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต (ทัตสนีย์ ทองประทีป, 2548) ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาตามความเชื่อของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว เช่น การศึกษาของเพ็นแมน โอลิเวอ และฮาริงทอน (Penman,



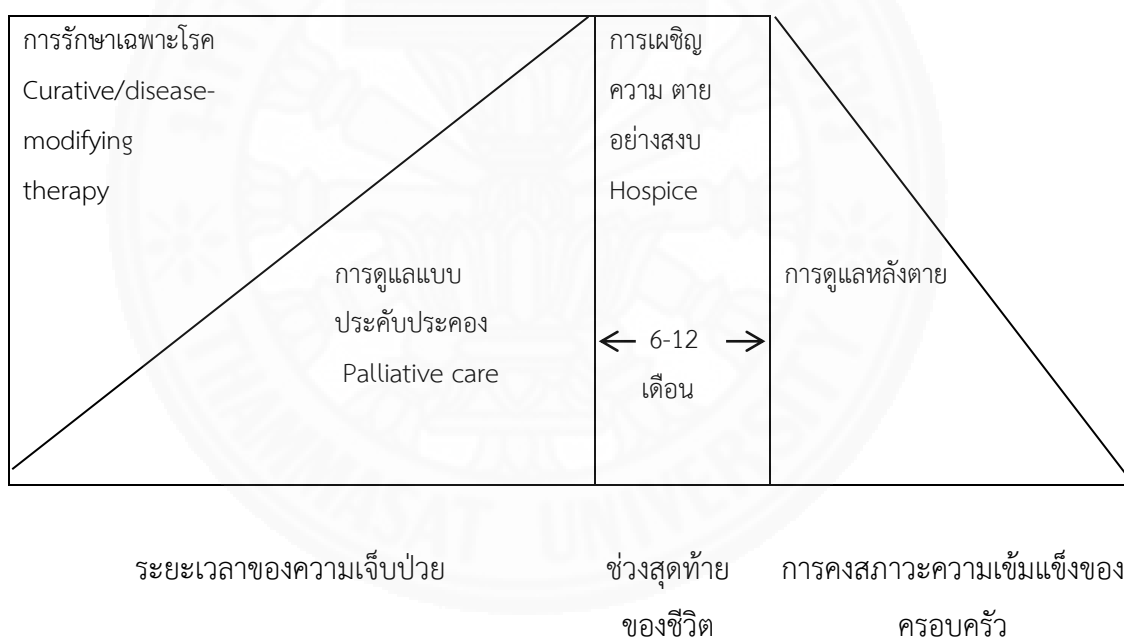
Oliver, & Harrington, 2009) ซึ่งศึกษาจิตวิญญาณและการมีส่วนร่วมทางจิตวิญญาณตามการรับรู้กับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ศึกษาคุณภาพเชิงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบช่วงระหว่าง ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007 พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ และมีการแสวงหาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจากผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ ของเฮร์แมน (Hermann, 2001) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตายที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 19 คน พบว่าผู้ป่วยใกล้ตายรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเอง ดังนี้

1. ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต้องการประกอบพิธีทางศาสนา
2. ต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อน ๆ เด็ก ๆ บุคคลทั่วไป และความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น
3. ต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว
4. ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะป็นธุรกิจ มรดก หรือความรู้สึกต่างๆ ที่ผ่านมานในอดีต
5. ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติได้
6. ต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดี ๆ การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส การให้กำลังใจ

จากความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มุ่งสู่เป้าหมายให้สูงที่สุดเพื่อให้เกิดการลดความทุกข์ทรมานทางด้ายร่างกาย การลดความวิตกกทางด้านจิตใจ การส่งเสริมบทบาททางด้านสังคมให้คงอยู่ และนำไปสู่ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มากที่สุด

### 2.1.3 เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัว ที่มีปัญหา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการ บริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริหารบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิต อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (WHO, 2013) ดังแผนภาพที่ 2.1



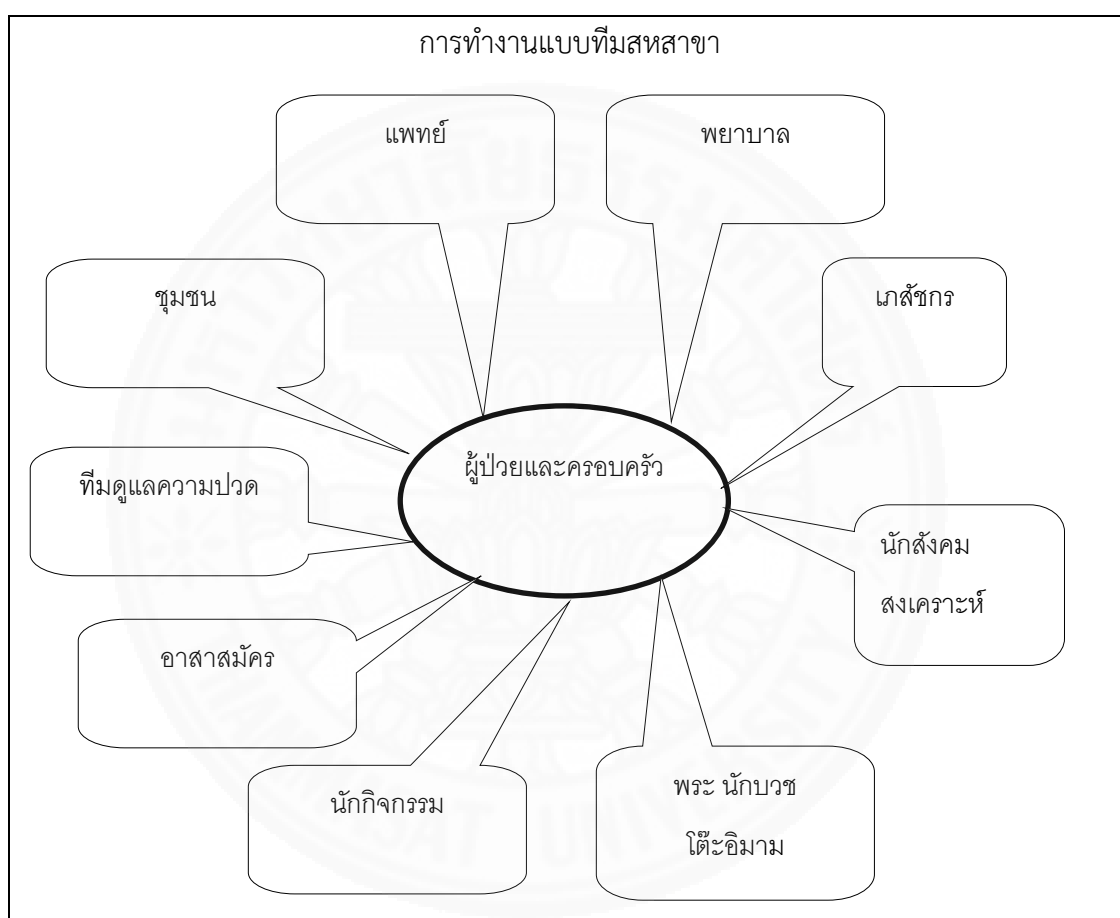
แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Emanuel, Gunten, & Ferris, 2000)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ (Palliative care team) หรือการมีสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) เพื่อผลักภาระความรับผิดชอบในการดูแลไปให้ผู้อื่น และผลักใส่ผู้ป่วยให้ไปตายอย่างไม่สงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการตายและความ



ตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจจะลดลง และมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจตน (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2552)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมในการดูแล ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วย ใกล้ตาย อาจารย์ถึงญาติมิตรผู้คุ้นเคยที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล พระหรือนักบวช (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) ดังแผนภาพที่ 2.2



แผนภาพที่ 2.2 ทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553)

จากแผนภาพที่ 2.2 เห็นได้ว่าพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งและส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นผู้ที่ประสานงานในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ

### 2.1.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินทุกระบบตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบัน ประมาณมากกว่าร้อยละ 21 เป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องให้การรักษายาบาลอย่างเร่งด่วนที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร อุบัติเหตุ และโรคระบบต่อมไร้ท่อตามลำดับ กระบวนการให้บริการแบบครบวงจรตั้งแต่การลงทะเบียน การคัดกรอง ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นตามความรุนแรงและเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาและช่วยชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาในระดับความรุนแรงระดับ 1 (immediate) ระดับ 2 หมายถึง (emergent) ระดับ 3 หมายถึง (urgent) ระดับ 4 (semi-urgent) และระดับ 5 (non-urgent) จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน ซึ่งในปัจจุบันเกือบทุกโรงพยาบาลจะมีช่องทางพิเศษ (fast track) ให้กับผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง (Multiple Trauma) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Sepsis) ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน (stroke) และผู้ป่วยเจ็บหน้าอกรุนแรง (Chest pain) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะได้รับการดูแลที่เร่งด่วนทันที แต่ก็ยังพบว่าประมาณร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมและภาวะของโรคมีความซับซ้อนหลายระบบจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองถึงร้อยละ 21.8 แต่พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการช่วยชีวิตเมื่อหัวใจหยุดเต้น และการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ถูกเตรียมมาตั้งแต่การดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายตามที่ต้องการในการตายดี (อาจารีย์ พรหมดี, 2559) เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเจริญก้าวหน้าในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีอายุยืน ยาวขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายจึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวนไม่น้อยที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ต้องใช้ยาบรรเทาปวด เพื่อระงับอาการปวดเรื้อรัง เป็นต้น (Shearer, Rogers, Monterosso, Ross-Adjie, Rogers, & Jeremy, 2014)

จึงพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายมักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค จากภาวะจิตใจที่หดหู่สิ้นหวังในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีการเตรียมจิตใจมาก่อน ซึ่งยังทำใจไม่ได้ว่านี่คือวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อย ๆ ด้วยปัญหาหลาย ๆ

ปัญหาทั้งในเรื่องของความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายกายจากตัวโรคที่ลุกลามหลายๆ คนคาดหวังที่จะใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายของตนเองในโรงพยาบาลเพื่อไม่ก่อให้เกิดภาวะแก่ญาติ และครอบครัวที่จะต้องมายุ่งยากกับร่างตนเองหลังจากที่เสียชีวิตไปแล้ว (นรินธร ศักดิ์ศรียุทธนา, 2558)

### **ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

ในปัจจุบันนี้เริ่มมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องฉุกเฉินมากขึ้นแสดงให้เห็นว่าวงการแพทย์มีการตื่นตัวในการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมมากขึ้นจากเดิมซึ่งมักจำกัดอยู่ในหอผู้ป่วยเฉพาะ มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและระยะเวลาก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนับจากก้าวเข้ามาในโรงพยาบาล โดยพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีระยะเวลาก่อนเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง นั่นคือการดูแลแบบประคับประคองช่วยยืดระยะเวลาใกล้ตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อำลาและได้มีเวลาอยู่กับบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงสุดท้ายนานขึ้น ในต่างประเทศได้มีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังเช่นการศึกษาของลีคอนและคณะ (Le Conte et al., 2010) ซึ่งศึกษาการเสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล รวมถึงศึกษาจำนวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความต้องการไม่ยื้อชีวิตเมื่อหัวใจหยุดเต้น และเพื่ออธิบายกระบวนการเกี่ยวกับการตัดสินใจการไม่ยื้อชีวิตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการรักษาและเสียชีวิตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศฝรั่งเศส ทั้งหมด 2,512 คน ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 513 คน (คิดเป็นร้อยละ 21) ตายโดยไม่ได้ตัดสินใจระงับหรือเพิกถอนการรักษาที่เป็นไปเพื่อการช่วยชีวิต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,907 คน (คิดเป็นร้อยละ 79) ตายหลังจากตัดสินใจที่จะระงับหรือเพิกถอนการรักษาที่เป็นไปเพื่อการช่วยชีวิต จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ได้มุ่งเน้นไปที่การยุติการยื้อชีวิต แต่ได้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมและการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ต้น ส่วนหนึ่งมีความยากลำบากในการตัดสินใจระงับหรือเพิกถอนการรักษาที่เป็นไปเพื่อการช่วยชีวิตซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

มีการศึกษาของแวน ตริชต์และคณะ (Van Tricht et al., 2011) ซึ่งศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศฝรั่งเศสและเบลเยียม โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,420 คน ผลการศึกษาพบว่าความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับการดูแลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ การให้ยาเพื่อลดความวิตกกังวล การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน การใส่ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวด การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น และจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตในห้องสังเกตอาการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (observation unit) จำนวน 1,373 คน เสียชีวิตภายใน 15 ชั่วโมง และ ผู้ป่วยจำนวน 1,047 คน เสียชีวิตภายใน 4 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามลำดับ และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งอยู่ในภาวะที่จัดการอาการไม่ได้จะเข้ามารับการดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแล

### เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากสถิติของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2004 พบมีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด 110.2 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1994 ถึงร้อยละ 38.4 (McCaig & Nawar, 2006) และคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากมีอาการฉุกเฉินที่ไม่สามารถจัดการเองได้ เช่น มีความปวดมากขึ้น มีอาการหายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น เมื่อมีอาการเหล่านี้รุนแรงขึ้นและไม่สามารถจัดการอาการได้ ตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลจะตัดสินใจมารับการรักษาอาการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในช่วง 1 สัปดาห์สุดท้ายหรือที่เรียกช่วงนี้ว่าระยะใกล้ตาย (dying) ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายที่รุนแรงขึ้นจนควบคุมและจัดการอาการไม่ได้ อาการที่พบบ่อยในระยะใกล้ตาย ได้แก่ อาการปวด (pain) หายุดหายใจหรือหายใจลำบาก (breathlessness/dyspnea) (Barbera, Taylor & Dudgeon, 2010)

แม้ว่าตามสมรรถนะที่คาดหวังบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะถูกเตรียมมาเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการดูแลเพื่อยื้อชีวิตเป็นหลัก แต่จากสภาพความเป็นจริงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยระยะ

ประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ถ้าหากเราสามารถเลือกสถานที่ตายได้ เมื่อถึงเวลาตายทุกคนก็คงอยากตายดี ตายสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ตายด้วยจิตที่เป็นกุศลท่ามกลางครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก คงไม่มีใครอยากมาตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ในความเป็นจริงเราเลือกไม่ได้ ดังสังขธรรมที่ว่า คนเราเลือกเกิดไม่ได้ฉันใด คนเราก็เลือกสถานที่ตายไม่ได้ฉันนั้น ถ้าการตายดี ตายสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดเป็นความปรารถนาของทุกคน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลในระยยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความหลากหลายในการให้ข้อมูล การรักษา และการจัดการอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ขึ้นกับบุคลากรแต่ละคน ไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน (Quest, Herr, Lamba, Weissman, & Board, 2013) รวมถึงพฤติกรรมการดูแลของสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ (Bailey, Murphy, & Porock, 2011)

จึงเห็นได้ว่าเป้าหมายในการดูแลรักษาการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยถึงหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา อาการที่สำคัญของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการพูดคุย สื่อสารกับญาติผู้ป่วยที่มารับการรักษา ซึ่งพบว่าแพทย์และพยาบาลจะมีการประสานงานในการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยตั้งเป้าหมายเป็นการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในด้านการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการดูแลแบบทีมสหสาขาที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษา (Eby, 2008) การตระหนักถึงความจำเป็นที่จะตอบสนองด้านการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ความเข้าใจการเจ็บป่วยและจุดสิ้นสุดของชีวิต การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การดูแลและคุณภาพชีวิต เรียนรู้หลักการพื้นฐานของการจัดการความเจ็บปวดที่ดี และตระหนักถึงการพยากรณ์โรคและอคติของการดูแลฉุกเฉิน (Quest & DeSandre, 2012) แพทย์ฉุกเฉินจะต้องมีการเตรียมที่จะใช้ความเป็นผู้นำในการจัดการกระบวนการที่กำลังจะตายในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อสนับสนุนทักษะของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติในการตายดี (Ieraci,

2013) ดังนั้น เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Mierendorf & Gidvani, 2014) ประกอบไปด้วย

1. การจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
2. การสื่อสารเกี่ยวกับพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ
3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนร่วมกันในการรักษา
4. การตรวจสอบการวางแผนการรักษาและการจัดการอาการที่เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย รวมถึงการให้การบำบัดโดยยึดตามแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วย
5. การดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ
6. การดูแลญาติและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อคงสถานะความเข้มแข็งของจิตใจ

### ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องรายงานปัญหาและอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

วิจัยที่พบได้แก่การศึกษาผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์ประจำหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำคู่มือในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในคู่มือประกอบไปด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง และการจัดการอาการและอาการแสดงในการดูแลแบบประคับประคอง ให้แพทย์ที่ประจำหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 70 คน ใน 4 โรงพยาบาล ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลเด็กเอชแมสซาซูเซต ที่บอสตัน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเอมอริ ที่แอตแลนตา ศูนย์การแพทย์เจเซนต์โจเซฟแพตเตอร์สัน ที่นิวเจอร์ซีย์ และศูนย์การแพทย์เมาท์ไซนาย ที่นิวยอก ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับคู่มือที่จัดทำขึ้น หลังจากนั้นประเมินผล โดยการสังเกตการปฏิบัติงานจริงของแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบนคลินิก ผลการศึกษาพบว่า ด้านแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความหลากหลายในการให้ข้อมูลและการรักษาที่แตกต่างกัน (Quest, Herr, Lamba, Weissman, & Board, 2013) อีกหนึ่งการศึกษาคือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น

ปลายของชีวิตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ประเทศสหราชอาณาจักร กลุ่มตัวอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เก็บข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรมและการสัมภาษณ์เกี่ยวกับในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมระยะเวลาจากการสังเกตพฤติกรรมและการ





## 2.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีรายละเอียดดังนี้

### 2.2.1 ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แกรนทัม (Grantham, 2009) ให้ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ประกอบไปด้วย ความรู้ การจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย และส่งเสริมความคิดแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมาคมวิทยาลัยพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2014) กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยทักษะการประเมินที่เชี่ยวชาญ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การจัดการความปวด และการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต

สภาการพยาบาล (2558) ให้ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งให้ครอบครัว/ญาติ มีส่วนร่วม ต้องมีการจัดการกับอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ต้องมีการดูแลผู้ป่วยทั้งมิติของร่างกายจิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งมิติของจิตสังคมและจิตวิญญาณของญาติ ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี มีคุณภาพกับผู้ป่วยและญาติ และให้โอกาสพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพตนเอง

กิตติกร นิลมานันต์ (2555) ให้ความหมายสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ว่า สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วยสมรรถนะทางคลินิก สมรรถนะทางวัฒนธรรม สมรรถนะทางจริยธรรม สมรรถนะทางจิตวิญญาณ และสมรรถนะทางการสื่อสาร

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2558) ให้ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ว่า ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะคุกคามของชีวิตตั้งแต่ระยะวินิจฉัยจนถึงภายหลังการเสียชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลบนพื้นฐานของความรู้ ทักษะ ตลอดจนบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ



## 2.2.2 ความเป็นมาและองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและแสดงบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการเตรียมตัวสำหรับการตายของผู้ป่วยและการปรับตัวกับความเศร้าโศกและความสูญเสียของครอบครัว ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอยู่ 2 ระดับ คือ 1) พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน หมายถึงพยาบาลที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล และปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ 2) พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งหมายถึงพยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรความรู้ความชำนาญเฉพาะทางคลินิก หรือทางชุมชน และการให้ดูแลและจัดการ ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มหรือกลุ่มเป้าหมาย หรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศ ซึ่งพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะมีบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนมากกว่าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต คือ ผู้ที่มีความรู้และทักษะในการผสมผสานการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองเป็นรายบุคคลและครอบครัว ตลอดระยะเวลาความเจ็บป่วยระยะลุกลามและเข้าสู่ระยะท้ายของโรค (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ในส่วนนี้จะกล่าวถึงสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

สภาการพยาบาล (2558) ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative nurse specialist competencies) หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และมีแนวโน้มว่าจะมีอาการจะค่อย ๆ ทรุดลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุดให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต ซึ่งสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย 9 สมรรถนะ ดังนี้

### สมรรถนะด้านที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย การมีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยใช้ปรัชญาและเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการพยาบาล ตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมิณผล ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตั้งแต่แรกวินิจฉัยถึงภายหลังการเสียชีวิต

### สมรรถนะด้านที่ 2 การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน

สมรรถนะในการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมานประกอบด้วย การมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการใช้ยา และวิธีการบำบัดแบบผสมผสาน เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ รวมทั้งส่งเสริมความสบาย ติดตามผลการบำบัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### สมรรถนะด้านที่ 3 การดูแลในระยะใกล้ตาย

สมรรถนะในการดูแลในระยะใกล้ตายประกอบด้วย การมีทัศนคติที่ดี เข้าใจ ความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale) เพื่อติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

### สมรรถนะด้านที่ 4 การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต

สมรรถนะในการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตประกอบด้วย การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก การประเมินความสูญเสีย/ความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

### สมรรถนะด้านที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา

สมรรถนะในการสื่อสารและการให้การปรึกษาประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ หลักแนวความคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤติ มีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับทราบความจริงและข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน และให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงานและ

ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุมครอบครัว รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

#### สมรรถนะด้านที่ 6 ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม

สมรรถนะในการดูแลเกี่ยวกับศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อ นั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล

#### สมรรถนะด้านที่ 7 จริยธรรมและกฎหมาย

สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการได้

#### สมรรถนะด้านที่ 8 การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

สมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย การมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษา พยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยและสหสาขา วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งสร้างความเข้าใจและไว้วางใจ ให้เกิดขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

#### สมรรถนะด้านที่ 9 การสอนและให้ความรู้

สมรรถนะด้านการสอนและให้ความรู้ประกอบด้วย การสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในส่วนของประเทศแคนาดา ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย (Hospice palliative care nursing competency) (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2558; Grantham, 2009) ไว้ดังนี้

1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Care of the person and family) เป็นสมรรถนะที่มุ่งให้การดูแลในทุกประเด็นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัว

2) การประเมินและจัดการกับอาการปวด (Pain assessment and management) เป็นสมรรถนะที่มุ่งการประเมินและจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการปวดอย่างครอบคลุม

3) การประเมินและจัดการอาการรบกวน (Symptom assessment and management) เป็นสมรรถนะที่มุ่งให้การดูแลอาการหลากหลายของผู้ป่วยมีการประเมินอาการอย่างครอบคลุมและการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ

4) การดูแลระยะใกล้ตาย (Last days/hours/imminent death care) เป็นสมรรถนะที่มุ่งให้มีการเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจอาการ และอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย

5) การประเมินความสูญเสีย ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศก (Loss, grief and bereavement support) เป็นสมรรถนะที่มุ่งให้มีการประเมินความสูญเสีย ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วย

6) การปฏิบัติโดยการประสานความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ (Inter professional /Collaborative practice) เป็นสมรรถนะที่มุ่งให้มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยประสานความร่วมมือกับทีมสาขาวิชาชีพ มีการปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) การส่งเสริมให้ความรู้ (Education) เป็นสมรรถนะที่มุ่งให้พยาบาลได้แสดงบทบาทเป็นผู้นำ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดอาสาชุมชน และสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

8) การมีจริยธรรมและกฎหมาย (Ethics and legal issues) เป็นสมรรถนะที่มุ่งเน้นจริยธรรมและกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

9) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development and Advocacy) เป็นสมรรถนะที่มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาชีพและการปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

รวมไปถึงกิตติกร นิลมานัต (2555) และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมกล่าวถึงสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิต ประกอบไปด้วย

1) สมรรถนะทางคลินิก (clinical competence) หมายถึง ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยและเภสัชวิทยา รวมทั้งความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การสอน การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินอาการและประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Coyle & Sculco, 2004; วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2551)

2) สมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural competence) หมายถึง ความรู้ประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทัศนคติหรือความรู้และทัศนคติในการปฏิบัติการพยาบาล (Nissim, Gagliese, & Rodin, 2009) พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในลักษณะความเชื่อ การปฏิบัติทางวัฒนธรรมและศาสนาที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถบูรณาการหรือประยุกต์ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายตามความต้องการ (Tiernan et al., 2002)

3) สมรรถนะทางจริยธรรม (ethical competence) หมายถึง พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจริยธรรม การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับความขัดแย้งทางจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความขัดแย้งทางจริยธรรมบ่อยมากซึ่งพบว่าการให้ข้อมูลและการเจรจาต่อรองสามารถช่วยลดความขัดแย้งทางจริยธรรมได้ดี (Gjerberg, Forde, Pedersen, & Bollig, 2010) และยังพบว่าประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแล สามารถช่วยลดความขัดแย้งทางจริยธรรม รวมถึงทำหน้าที่การประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ใกล้ตาย (McSteen & Peden-McAlpine, 2006)

4) สมรรถนะทางจิตวิญญาณ (spiritual competence) หมายถึง กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย ทักษะและการปฏิบัติการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญ เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ (Van Leeuwen & Cusveller, 2004) สมรรถนะทางจิตวิญญาณที่สำคัญคือ ความตระหนักรู้ในตัวเองของพยาบาล มี 2 องค์ประกอบย่อย คือความตระหนักในตนเองส่วนบุคคล (Private Self-Awareness) เป็นการเข้าใจตัวเองแบบส่วนตัว ไม่ต้องไปเกี่ยวข้องกับคนอื่น และความตระหนักในตนเองเชิงสาธารณะ (Public Self-Awareness) เป็นการเข้าใจตัวเองเวลาต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น รับรู้ว่าคุณอื่นคิดกับตนเองอย่างไร แสดงออกกับตนเองอย่างไร และตนเองตอบสนองอย่างไรบ้าง ดังนั้น ความตระหนักรู้ของพยาบาลเป็นการรับรู้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (สุภาพร ดาวดี, ฟาริดา อิบราฮิม, พยอม อยู่สวัสดิ และวรรณ สัตยวิวัฒน์, 2537)

5) สมรรถนะทางการสื่อสาร (communication competence) หมายถึง การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จะต้องมีความรู้และความเข้าใจในด้านการสื่อสารเป็นอย่างดีซึ่งพบว่าการสื่อสารที่ดีมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต, 2557) นอกจากนี้ การสื่อสารยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวในการนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า มีการอ้างถึงตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7 องค์ประกอบ (seven EOLC domains) ของเคริกและคณะ (Clarke et al., 2003) ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และเป็นผู้พัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นมอนทากนินิ สมิธ และบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012) ได้นำตัวชี้วัดดังกล่าวมาใช้ในงานวิจัยซึ่งได้อธิบายไว้ว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุม 7 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 7 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (3) การจัดการกับอาการ (4) การตัดสินใจ (5) การสื่อสาร (6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ (7) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวารินา หนูพินิจ (2559) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติระยะสุดท้าย ที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียที่โดดเดี่ยว กลัวการตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก

2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ คือ การดูแลที่ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกทางจิตวิญญาณตามความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีและสิ่งที่นับถือ

3) การจัดการกับอาการ คือ การดูแลที่จะช่วยควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ให้ความสะดวกสบายจากอาการรบกวนต่าง ๆ ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย

4) การตัดสินใจ คือ เป็นการดูแลด้านการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก



5) การสื่อสาร คือ การสื่อสารพูดคุยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล คือ การสนับสนุนการจัดการด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7) การดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกด้านและได้รับความร่วมมือของทีมสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จนกระทั่งหลังเสียชีวิต

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7 องค์ประกอบ (seven EOLC domains) ของมอนทากนินิ สมิธ และบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวารินา หนูพินิจ (2559) เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 7 องค์ประกอบมีความสอดคล้องกับบริบทการให้บริการของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ต้องมีการดูแลเพื่อความปลอดภัยทั้งร่างกายและชีวิต การยอมรับทางด้านจิตใจ การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งต่อที่ครอบคลุม และรวมทั้งการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วย โดยตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7 องค์ประกอบ ดังกล่าวถูกใช้เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 2.2.3 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแนวทางในการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งดังที่กล่าวข้างต้น การที่พยาบาลจะมีสมรรถนะหรือความสารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ พยาบาลต้องปฏิบัติบนพื้นฐานของความรู้ ความสามารถ ทักษะและการมีทักษะเฉพาะด้านนั้นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นโดยเดอเลอร์และแลดเนอร์ (DeLaune & Ladner, 2011) และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นโดยมอนทากนินิ สมิธ และบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) มีรายละเอียดดังนี้

**1. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย** ซึ่งได้พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการสื่อสารของ เดอร์ลัวและแลตเนอร์ (DeLaune & Ladner, 2011) และสมรรถนะในการสื่อสารที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ดาห์ลิน (Dahlin, 2010) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ประกอบด้วย สมรรถนะในการสื่อสาร 5 ด้าน จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ สมรรถนะด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4 ข้อ สมรรถนะด้านกระบวนการบอกข่าวร้าย 7 ข้อ สมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ความตาย 5 ข้อ สมรรถนะด้านการสื่อสารกับครอบครัว 4 ข้อ และสมรรถนะด้านการสื่อสารระหว่างทีมและการทำงานเป็นทีม 4 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ 1 (รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นในระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นในระดับมากที่สุด) โดยเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งได้พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการสื่อสารของ เดอร์ลัวและแลตเนอร์ (DeLaune & Ladner, 2011) และสมรรถนะในการสื่อสารที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ดาห์ลิน (Dahlin, 2010) ประเทศสหรัฐอเมริกา มาใช้ในการวิจัยในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) อย่างไรก็ตามแบบวัดนี้วัดเฉพาะสมรรถนะด้านการสื่อสาร ไม่ได้ครอบคลุมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะทุกด้าน

**2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ** ซึ่งได้พัฒนาโดยมอนทากนินี สมิธ และบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) มาจากพื้นฐานของตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต 7 แนวคิด (seven EOLC domains) ของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 2003) ใช้ครั้งแรกในงานวิจัยเรื่องการประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยข้อคำถามต้นฉบับมีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วารินา หนูพินิจ และได้ปรับเพิ่มข้อคำถามและดัดแปลงเนื้อหาบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ ดังนั้นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลฉบับภาษาไทยจึงมีข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content Validity



Index) 0.98 และถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ของวาริน่า หนูพินิจ (2559) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพซึ่งได้พัฒนาโดยมอนทาโกนินิ สมิธ และบาลิสเตียริ (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) มาจากพื้นฐานของตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต 7 แนวคิด (seven EOLC domains) ของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 2003) มาใช้ในการวิจัยในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ของวาริน่า หนูพินิจ (2559) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพฉบับนี้ เนื่องจากสร้างขึ้นบนพื้นฐานของตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งได้ตรวจสอบกับวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วพบว่า ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกมิติ ด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งภายหลังการแปลเป็นภาษาไทยแล้วมีการนำมาวัดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพได้จริง จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้ในประเทศไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

## 2.3 บริบทการให้บริการโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

### 2.3.1 บริบทการให้บริการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์

สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดการศึกษา ฝึกอบรมและพัฒนาทางวิชาการแพทย์และการพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดทั้งสิ้น 8 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (400 เตียง) มีหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ และปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ส่วนโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโรอุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง (100-200 เตียง) มีหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ ปฏิบัติงาน

ร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยมีจำนวนเตียงผู้ป่วยที่ให้บริการรวมทั้งสิ้น 1,845 เตียง ซึ่งสำนักงานแพทย์ได้มีความร่วมมือการพัฒนาทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ซึ่งมีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและสำนักงานแพทย์ ยังคงมีความร่วมมือทางวิชาการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชน (แผนปฏิบัติการราชการประจำปี สำนักงานแพทย์, 2558) ในส่วนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จำนวนเตียงที่ขออนุญาต 1,000 เตียง ลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การจัดการศึกษา ได้แก่ การศึกษาก่อนปริญญาและการศึกษาหลังปริญญา และงานฝึกอบรม แพทย์เฉพาะทาง 2) การสร้างงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพ 3) การบริการวิชาการด้านสุขภาพทุกสาขา แบบครบวงจร ตอบรับนโยบายของกรุงเทพมหานครและมหาวิทยาลัยที่เน้นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพคนเมือง เชื่อมต่อยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาเวชศาสตร์เขตเมือง เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) (แผนยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ปี 2558-2561, 2559)

ดังนั้น การให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีลักษณะที่คล้ายคลึงและบริบทการบริการที่เหมือนกันซึ่งเป็นการรับและตอบสนองนโยบายของกรุงเทพมหานคร จากนั้นได้มากำหนดยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาในการให้บริการผู้ที่เข้ามาใช้บริการในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ครอบคลุมการสนับสนุนทางด้านวิชาการ การพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพในเขตเมือง การรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรคเฉพาะทางหรือโรคที่มีความซับซ้อน และบริการทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

### 2.3.2 บริบทการให้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

จากการศึกษา การบริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2554 โรงพยาบาลซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานแพทย์จำนวน 8 แห่ง (โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโรอุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลสิรินธร) และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 1 แห่ง ซึ่งบริบทการให้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน โดยมีการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลักทุกระบบแบบครบวงจร ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ลงทะเบียน การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง จนกระทั่งแพทย์

อนุญาตให้กลับบ้านรับไว้ในโรงพยาบาลหรือสังเกตอาการ เป็นหน่วยให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินทุกระบบแบบครบวงจร ตั้งตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและมีช่องทางพิเศษ (fast track) ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรง ผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเสียด่างอย่างรุนแรง ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน และผู้ป่วยเจ็บหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ฉะนั้นความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการคือการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย (อาจารย์ พรหมดี, 2559) ดังนี้

1. ระบบบริการผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ขั้นตอนไม่ซับซ้อน สามารถให้บริการได้ครบวงจรในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
2. การประเมินและคัดกรองโรคได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ดูแลรักษาพยาบาลได้เหมาะสมกับสถานะของแต่ละโรคได้
3. ขั้นตอนการบริการและการประสานงานต่าง ๆ มีความสะดวกรวดเร็ว
4. บุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรสนับสนุนอื่น ๆ มีความรู้ความสามารถและจำนวนที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน
5. อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ทันสมัยและพร้อมใช้งาน มีจำนวนเพียงพอ
6. กรณีที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงที่เพียงพอเหมาะสม
7. ผู้ป่วยได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ เช่น การรักษาความลับ การได้รับการรักษาตามสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในแผนการรักษา เป็นต้น
8. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านหรือมีการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
9. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ชัดเจน ขั้นตอนการให้บริการเป็นระยะๆ มีโอกาสซักถามและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

### เป้าหมายหลักของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายมีความรวดเร็วและปลอดภัยเป็นสำคัญ

1. แบบครบวงจรตั้งแต่การลงทะเบียนเข้าตรวจตรวจสอบสิทธิ อนุมัติสิทธิ์ รวมถึงการอนุมัติสิทธิ์ย้อนหลังตามข้อกำหนดของ สปสช. ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนสามารถให้การตรวจรักษาได้โดยไม่ต้องรอเวรระเบียบนฉบับสมบูรณ์
2. มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยแพทย์หรือศูนย์เอราวัณในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย
3. จัดระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน

4. การประสานงานรับย้ายส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล กรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้ เช่น เต็มเตียง โดยจะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตพร้อมทั้งให้ข้อมูลกับผู้ป่วย/ญาติในการตัดสินใจ

ซึ่งการบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีจำนวนที่เพียงพอในทีมการรักษาพยาบาล และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องตามแผนการรักษาตลอดจน เฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม มีการประสานงานที่ดีเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลรักษา ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การประเมินอาการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในภาวะฉุกเฉินให้ไต่ตามมาตรฐาน มีเครื่องมืออุปกรณ์เหมาะสมเพียงพอและพร้อมใช้สามารถ โดยการให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหลักการ และสาระสำคัญที่พยาบาลต้องตระหนักมากที่สุด คือ ความปลอดภัยทั้งร่างกายและชีวิต การยอมรับทางด้านจิตใจ และคติความของผู้ป่วยที่อาจตามมา กรณีที่เป็นผู้ป่วยคดี หรือกรณีที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม (ธัญพร หาฤทธิ์, 2553)

แม้ว่าตามสมรรถนะที่คาดหวังบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะถูกเตรียมมาเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการดูแลเพื่อยื้อชีวิตเป็นหลัก แต่จากสภาพความเป็นจริงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ถ้าหากเราสามารถเลือกสถานที่ตายได้ เมื่อถึงเวลาตายทุกคนก็คงอยากตายดี ตายสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ตายด้วยจิตที่เป็นกุศล ท่ามกลางครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก คงไม่มีใครอยากมาตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ในความเป็นจริงเราเลือกไม่ได้ ดังสังขธรรมที่ว่า คนเราเลือกเกิดไม่ได้ฉันใด คนเราก็เลือกสถานที่ตายไม่ได้ฉันนั้น (พระไพศาล วิสาโล, 2553) ถ้าการตายดี ตายสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด เป็นความปรารถนาของทุกคน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความหลากหลายในการให้ข้อมูล การรักษา และการจัดการอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ขึ้นกับบุคลากรแต่ละคน ไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน (Quest, Herr, Lamba, Weissman, & Board, 2013)

## 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะคติของพยาบาลต่อความตาย ทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

### 2.4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกมาเป็นกลุ่มของพฤติกรรม การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1) ปัจจัยทางด้านอายุ จากการศึกษารายชื่อของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพพบว่า พยาบาลที่มีอายุ 40-60 ปี มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมดีกว่าพยาบาลที่มีอายุ 20-39 ปีเป็นไปได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นบุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ของชีวิตและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์ เรลล์, เวอรานี, เกรนท์, คอยเน, และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล และพบว่าพยาบาลที่มีอายุมากกว่า สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองทิพย์ พรหมศร (2551) ซึ่งศึกษาการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก มีการรับรู้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย ดังนั้น พยาบาลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น จึงอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2) ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษา จากการศึกษารายชื่อของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพพบว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท และสูงกว่า มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านมากกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม และรายด้านมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาสซ่า มุลูแกน ชิวดู ไฮลู และวูล



เดอโยฮานเนส (Kassa, Murugan, Zewdu, Hailu, & Woldeyohannes, 2014) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท และสูงกว่ามีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี สอดคล้องกับการศึกษาของพรหมพาหุกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และพบว่า การเรียนรู้เป็นวิธีที่จะได้รับความรู้มากขึ้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะเพิ่มความสามารถในการทำงานอย่างเป็นระบบและทักษะการคิดในการค้นหาความรู้ใหม่มากขึ้นกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  พบว่า พยาบาลที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี หรือการได้รับการเรียนต่อเฉพาะทาง ส่งผลให้มีการแสดงสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน

3) ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์ในการทำงานและประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด จากการศึกษาของอรธยา อมรพรหมภักดี (2547) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบัน ให้บริการสุขภาพ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานทางด้านพยาบาลมากมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางด้านพยาบาลน้อย เนื่องจากประสบการณ์ จะทำให้เกิดการเรียนรู้เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์ มากก็จะทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรลล์ เวอรานี เกรนท์ คอยเน และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ซึ่งพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อยกว่า และจากการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง (2552) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านพยาบาลมาก มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านพยาบาลน้อย และประสบการณ์ของพยาบาลที่เคยดูแลญาติที่ป่วยระยะสุดท้ายมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของอรพรรณ ไชยเพชร กิตติกร นิลมานันต์ และวิภาวี คงอินทร์ (2554) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้ และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น พบว่า ประสบการณ์เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญและความสัมพันธ์กับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาล ซึ่งการที่พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น

4) ปัจจัยทางด้านการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาของพรหมพาหกุลและคณะ (Prompahakul et al., 2011a) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการศึกษาหลักสูตรเฉพาะการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลให้ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรลล์ เวนรานี เกรนท์ คอยเน และยูแมน (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ที่พบว่า พยาบาล ร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพดีกว่า พยาบาลทั่วไปร้อยละ 28 ที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขณะที่การศึกษาของเคิร์ชฮอฟฟ์ และเบคสเตรนด์ (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) พบว่า พยาบาลพร้อมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างยังได้แสดงความคิดเห็นว่า ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทุกคน โดยไม่เน้นเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี

#### 2.4.2 ทักษะของพยาบาลต่อความตาย

ปัจจัยด้านทัศนคติ ซึ่งเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อความตาย (ทัศนคติ มหามานภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) ที่ว่าแพทย์ พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อความตายจะมีพฤติกรรมการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังเช่นการศึกษาของชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ อัจฉริยา ปทุมวัน สมทรง จุไรทัศนีย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2554) โดยได้ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพบว่า พยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของโคมพลากรณ์ (Prompahakul, 2011b) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาลร้อยละ 94.4 มีทัศนคติที่ดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และยังพบว่าทัศนคติกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.397$ ,  $p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของนุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) พบว่า ทัศนคติของพยาบาลต่อความตายกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.31$ ,  $p < 0.01$ ) พบว่า พยาบาลที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการตายและความตายในอยู่ในระดับดีจะมีการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายได้ดี

**2.4.2.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของพยาบาลต่อความตาย ดังนี้

**1. แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** เป็นแบบประเมินความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้พัฒนาจากผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ซึ่งชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ อัจฉริยา ปทุมวัน สมทรง จุไรทัศนีย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2554) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิต 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ โดยจะกลับคะแนนข้อที่เป็นด้านลบก่อนรวมคะแนนคะแนนรวม มีตั้งแต่ 25-125 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งระดับคะแนนทัศนคติ เป็นทัศนคติระดับดี หรือทางบวก เมื่อมีคะแนนรวมจากแบบประเมินทัศนคติ ระหว่าง 93-125 คะแนน ทัศนคติระดับปานกลาง เมื่อมีคะแนนทัศนคติระหว่าง 60-92 คะแนน และทัศนคติระดับต่ำหรือทางลบ เมื่อมีคะแนนทัศนคติเท่ากับหรือน้อยกว่า 59 คะแนน ซึ่งแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำและนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยมีค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ 0.78

**2. แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย** เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ที่สร้างขึ้นโดยทัศนา มหามานุภาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง ปี 2541 ใช้ครั้งแรกในงานวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ซึ่งแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำและนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังมีผู้นำต่อมากถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอนุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต ในปี 2557 ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดนี้ ในการวัดทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

### 2.4.3 ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล

ปัจจัยด้านความตระหนักรู้ในตนเองเป็นการที่เรารู้เรื่องราวของตัวเอง รู้นิสัย รู้จุดแข็ง รู้จุดอ่อน รู้ว่าตัวเองมีความเชื่ออะไร มีแรงขับเคลื่อนอะไร ซึ่งการรู้จักตัวเองนั้นครอบคลุมไปถึงการเข้าใจผู้อื่น รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับเรา และรู้ว่าต้องปฏิบัติกับผู้อื่นอย่างไร มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความตระหนักในตนเองส่วนบุคคล (Private Self-Awareness) เป็นการเข้าใจตัวเองแบบส่วนตัว เข้าใจสิ่งที่ตนเองคิดสิ่งที่ตนเองทำเกี่ยวกับตัวเอง และความตระหนักในตนเองเชิงสาธารณะ (Public Self-Awareness) เป็นการเข้าใจตัวเองเวลาต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น รับรู้ว่าคนอื่นคิดกับตนเองอย่างไรแสดงออกกับเราอย่างไร และตัวเราเองตอบสนองอย่างไรบ้าง ดังนั้น ความตระหนักรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการรับรู้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของพยาบาล ขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (สุภาพร ดาวดี, ฟารีดา อิบราฮิม, พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2537) ดังเช่น การศึกษาของสุภาพร ดาวดี ฟารีดา อิบราฮิม พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์ (2537) ได้ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีคะแนนความตระหนักในตนเองค่อนข้างสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างสูง มีการศึกษาของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011b) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตระหนักในตนเองของพยาบาล ( $r = 0.37, p = 0.01$ ) และการศึกษาของอนุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ซึ่งพบว่า ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.32, p < 0.01$ ) ดังนั้น พยาบาลที่มีความตระหนักรู้ในตนเองขณะให้การพยาบาลอยู่ตลอดเวลาจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดี

**2.4.3.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล ดังนี้

**1. แบบสอบถามความตระหนักในสิทธิผู้ป่วย** เป็นเครื่องมือวัดความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่สร้างขึ้นโดย วิชาวัฒน์ บุญมานุช ทศนีย์ นนทะสร จารุวรรณ เหมะธร กรรณิการ์ สุวรรณโคตร และอรุณรักษ์ มีอายุ ในปี 2543 ในงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ 0.86

**2. แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ** เป็นเครื่องมือวัดความตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นโดยสุภาพร ดาวดี พาริดา อิบราฮิม พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณิสัตย์วิวัฒน์ ปี 2537 ใช้ครั้งแรกในงานวิจัยเรื่องศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 20 ข้อ ซึ่งวัดความตระหนักรู้ของพยาบาลที่มีต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำของพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 2 ด้าน คือ ด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (ข้อ 1-10) และด้านความตระหนักรู้ต่อผู้อื่น (ข้อ 11-20) และในแบบสอบถามนี้มีทั้งคำถามที่เป็นเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ และคำถามที่เชิงลบ จำนวน 3 ข้อ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพมาใช้ในการวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของนุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต ในปี 2557 โดยเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดนี้ ในการวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีองค์ประกอบเกี่ยวกับความตระหนักในตนเองส่วนบุคคล (Private Self-Awareness) ที่ครอบคลุม

#### 2.4.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มิติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบไปด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ที่ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอาศัยการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุม ได้แก่ ความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย และตาย การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง เช่น ความปวด หายใจลำบาก เป็นต้น การดูแลด้านจิตสังคมและครอบครัวของผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตาย (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996) ความรู้และการพัฒนาความรู้เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน (Field & Cassel, 1997) ดังเช่นการศึกษาของ เดกเนอร์ และกาว (Degner & Gow, 1988) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 306 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ซึ่งศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมาก่อน ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม ทั้งในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 270 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 42.2 ไม่เคยรับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และร้อยละ 79.26 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ อัจฉริยา ปทุมวัน สมทรง จุไรทัศน์ีย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2554) ได้ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีพยาบาลจำนวน 86 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการอบรม 1 เดือน และหลังเข้ารับการอบรม 3 เดือน สูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของแพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา สุปรีดา มั่นคง และประคอง อินทรสมบัติ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม กุมาร เวชกรรม สูติ-นารีเวชกรรม และหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตำรวจ โดยจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = -1.517, p < .001$ ) และ ( $t = -1.700, p < .001$ ) ตามลำดับยังมีการศึกษาของ เตชทัต อัครธรรักษ์ วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 147 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 70.31, S.D. = 10.18$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีคะแนนร้อยละเฉลี่ยสูงสุดที่ ( $M = 89.29, S.D. = 22.68$ ) และด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $M = 49.29, S.D. = 21.46$ ) พบว่า พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะคุกคามชีวิตที่ใกล้ตายและครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจและเกิดประสิทธิภาพในการดูแลที่มากขึ้น (Pope, 2013)

**2.4.4.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

**1. แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยมนศิลป์ (Manosilapakorn, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อคำตอบ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 5 หัวข้อหลักดังนี้ ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 1-5) การจัดการกับความปวด (ข้อ 6-10) การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 11-15) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ข้อ 16-17) และข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก (ข้อ 18-20) แต่ละคำถามมีคะแนน 1 คะแนน สำหรับการตอบถูก และ 0 คะแนนสำหรับตอบผิด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง พยาบาล

มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย ซึ่งแพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา สุปรีดา มั่นคง และ ประคอง อินทรสมบัติ (2554) ได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และหาความเที่ยง (reliability) โดยการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.61

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาโดย City of Hope ศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ในปี ค.ศ. 1999 มาใช้ในการวิจัยในประเทศไทยจำนวน 3 เรื่อง คือ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพของแพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา, สุปรีดา มั่นคง และประคอง อินทรสมบัติ (2554) เรื่องที่สอง Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand ของมนโศศิลากร (Manosilapakorn, 2003) และเรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ของเตชทัต อัครธนารักษ์ วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) แบบวัดนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.61

**2. แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (Palliative Care Quiz for Nurse [PCQN])** สร้างขึ้นโดยรอสส์ และคณะ (Ross et al., 1996) ใช้ความรู้ของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นคำตอบถูก ผิด และฉันไม่รู้ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับหลักความรู้ทั่วไปในการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการกับอาการต่าง ๆ การจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ คะแนนอยู่ในช่วง 0 (ต่ำมาก) ถึง 20 (ดีมาก) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำแบบวัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (PCQN) สร้างขึ้นโดยรอสส์ และคณะ (Ross et al., 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าใช้ในงานวิจัยในต่างประเทศ 7 เรื่อง คือ 1) คำถามการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาลต่อการพัฒนาแบบวัดความรู้การดูแลแบบประคับประคอง (The palliative care quiz for nursing [PCQN]: the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care) ของรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) 2) ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง (A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities) ของโรนอลสัน และคณะ (Ronaldson



et al., 2008) 3) ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายระยะยาวที่บ้าน (Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes) ของบราซิล บริงค์ คัสโลเน็น เคลลี และแมคไอนี (Brazil et al., 2012) 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาล (Palliative Care Knowledge among Bachelors of Science Nursing Students) ของโป๊ป (Pope, 2013) 5) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติและการรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในประเทศเวียดนาม (Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam) ของน่านเย็น และคณะ (Nguyen et al., 2014) 6) ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของประเทศจอร์แดน (Nurses' Knowledge About Palliative Care) ของอัลคาไตร์ (Al Qadire, 2014) และ 7) เรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและทัศนคติต่อการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย (Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient) ของวิลสัน อวารอส และดอว์ริง (Wilson et al., 2016) โดยมีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) อีกครั้ง เท่ากับ 0.85 ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดนี้มาประยุกต์ในการวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

#### 2.4.5 ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

หลักการเรียนรู้ด้วยตนเอง คือ การที่ผู้เรียนเป็นผู้ควบคุมตนเอง รู้จักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และเรียนรู้ด้วยแรงจูงใจของตนเอง เป็นการเรียนรู้เพื่อนำไปใช้กับงาน โดยมีความสำเร็จ คือ รางวัล เป็นสิ่งจูงใจที่ประเมินคุณค่าด้วยตนเอง และไม่เพียงแต่จะเรียนรู้ด้านวิชาการและทักษะยังสามารถพัฒนาจิตใจตนเองและผู้อื่นด้วย ท็อง อัลเลน (Tough Allen, 1979) กล่าวถึง ความสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองไว้ว่า กิจกรรมการเรียนรู้ หรือ โครงการที่ผู้เรียนเกี่ยวข้อง (Learning Project) มาจากการวางแผนด้วยตนเอง และเน้นว่ากิจกรรมการเรียนรู้เป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดความสนใจ ในปัจจุบันเกี่ยวกับการเป็นตัวของตัวเองและนำตนเองในการเรียนรู้จะเห็นได้ว่าทักษะที่ต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นในพยาบาล ควบคู่ไปกับความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล คือ ทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (Lifelong Learning) เนื่องจากการศึกษาในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้เข้าใจเนื้อหาที่ได้หมด ยิ่งพบว่ามี ความเจริญก้าวหน้าทางด้านสังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้รับบริการ ยิ่งทำให้พยาบาลต้องขวนขวายต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมให้มากขึ้น เพื่อปรับปรุงคุณภาพด้านการพยาบาล (Hirumi, 2002) เป็นการยกระดับวิชาชีพอีกประการหนึ่งด้วย (Adelman, 1986)

#### 2.4.5.1 เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดเวลา

นรินทร์ บุญชู (2532) ได้ทำการศึกษาลักษณะความพร้อมของการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงโดยดัดแปลงเครื่องมือจากแบบวัด (Self-Directed Learning Readiness Scale[SDLRS]) ของเกอเลียลมิโน (Guglielmino, 1978) มีค่าความเที่ยง .84 โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,050 คน สอดคล้องกับสุภมาส ทองใส (2535) ศึกษาลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของผู้เรียนนอกระบบ โรงเรียนประเภทอาชีวศึกษา สังกัดสำนักคณะกรรมการศึกษาเอกชนโดยใช้เครื่องมือ SDLRS ของ นรินทร์ บุญชู ได้ค่าความเที่ยง 0.81 โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 420 คน รวมถึงนฤมล เกื่อนมา (2539) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามของสุภมาส ทองใส ได้เหมาะสมที่จะไปใช้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้วัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความเที่ยง 0.88 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 634 คน สอดคล้องกับศรีสุภาภรณ์ บินทาประสิทธิ์ (2540) เลือกใช้แบบวัดลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนรินทร์ บุญชู โดยการนำมาปรับคำถามใน SDLRS Form A ของเกอเลียลมิโน (Guglielmino, 1978) ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วให้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลได้ค่าความเที่ยง 0.94 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน และศรีประไพ ไชยา (2548) ได้เลือกใช้แบบวัดลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของเกอเลียลมิโน (Guglielmino, 1978) ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วโดยการนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการสอนในคลินิกโดยใช้แฟ้มสะสมผลงานต่อความสามารถในการคิดวิจารณ์ญาณและความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความเที่ยง 0.84 จำนวน 119 คน

จากการศึกษาดังกล่าว พบว่า องค์ประกอบของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการนำเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) จำนวน 25 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning Readiness Scale[SDLRS]) ตามแนวคิดของเกอเลียลมิโน (Guglielmino, 1978) ที่ศรีประไพ ไชยา (2541) นำมาจากนรินทร์ บุญชู (2532) แปลเป็นภาษาไทยของศรีสุภาภรณ์ บินทาประสิทธิ์ (2540) และศรีประไพ ไชยา (2541) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้ปรับรายการคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีองค์ประกอบของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้ 2) มโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ 3) การเรียนแบบริเริ่มและอิสระ 4) ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง 5) ความรักในการเรียน 6) ความคิดสร้างสรรค์ 7) การมองอนาคตในแง่ดี และ 8) ความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและทักษะการแก้ปัญหา ผู้วิจัยจึงเลือกแบบแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning Readiness Scale[SDLRS]) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้



## 2.5 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมักจะถูกเตรียมมาให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน การให้รักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย การช่วยและยืดชีวิต รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มช่องทางพิเศษ (fast track) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ปัจจุบันกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เน้นหลักไปที่หอผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในประเทศไทยมีหอผู้ป่วยเฉพาะที่ให้การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงไม่กี่แห่ง ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในช่วง 1 สัปดาห์สุดท้าย หรือที่เรียกช่วงนี้ว่าระยะใกล้ตาย (dying) ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายที่รุนแรงขึ้นจนควบคุมและจัดการอาการไม่ได้ อาการที่พบบ่อยในระยะใกล้ตาย ได้แก่ อาการปวด (pain) หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (breathlessness/dyspnea) และอ่อนเพลีย กรณีที่ผู้ป่วยอยู่บ้านอาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีความวิตกกังวลใจแล้วจะนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งมาเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน บางโรงพยาบาลอาจมีการวางแผนการดูแล มีเอกสารหลักฐานแสดงชัดเจน แต่บางโรงพยาบาลยังไม่ได้ดำเนินการในส่วนนี้ หลาย ๆ ครั้งที่ผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวได้รับการเตรียมมาเพื่อให้ผู้ป่วยตายดี ตายสงบ ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงไว้ว่าไม่รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต แต่เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น มีอาการหายใจลำบาก มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยก็ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เหตุการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังขาดความเชื่อมโยงทั้งระบบ โดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งบุคลากรยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมารับบริการ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากขึ้น บุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านนี้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลทัศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลาผู้วิจัยจึงสนใจศึกษางานวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่อาจมีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

## บทที่ 3

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยปฏิบัติงานโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล

#### 3.1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี
- 2) สม่ครใจเข้าร่วมวิจัย

##### 3.1.2.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 175 ราย

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ประสบการณ์ดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

**ตอนที่ 2 แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน** ใช้เครื่องมือวัดความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือแบบสอบถามความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศออสเตรเลีย (Shearer et al., 2014) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากทิมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดจากนั้นนำมาสรุปความต้องการในแต่ละข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาดัดแปลงในการสร้างแบบสอบถามในลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)

แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับโดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

5	หมายถึง	มีความต้องการอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	มีความต้องการ
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ไม่มีความต้องการ
1	หมายถึง	ไม่มีความต้องการอย่างยิ่ง

ในการแปลผลคะแนนความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คะแนนรวมต่ำแสดงว่าพยาบาลมีความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และคะแนนรวมสูงแสดงว่าพยาบาลมีความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก

**ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย** เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ที่สร้างขึ้นโดยทัศน มหาอนุภาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง ปี 2541 ใช้ครั้งแรกในงานวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ต่อมาถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของนุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต ในปี 2557 โดยเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ และมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3-5, 7-9, 11-12, 14, 16-17 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 10, 13, 15 ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)

แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนนทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย คะแนนรวมต่ำ แสดงว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และคะแนนรวมสูงแสดงว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

**ตอนที่ 4 แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ** เป็นเครื่องมือวัดความตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นโดยสุภาพร ดาวดี พาริดา อิบราฮิม พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์ ปี 2537 ใช้ครั้งแรกในงานวิจัยเรื่องศึกษาความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อมาถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของนุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต ในปี 2557 โดยเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 20 ข้อ ซึ่งวัดความตระหนักรู้ของ

พยาบาลที่มีต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำของพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 2 ด้าน คือ ด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (ข้อ 1-10) และด้านความตระหนักรู้ต่อผู้อื่น (ข้อ 11-20) และในแบบสอบถามนี้มีทั้งคำถามที่เป็นเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และคำถามที่เชิงลบ จำนวน 4 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกได้แก่ข้อ 1-3, 5-8 และ 10-18 และข้อคำถามเชิงลบ 4, 9, 19-20

แบบประเมินวัดความตระหนักรู้ในตนเอง มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ระดับความตระหนักรู้	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	คะแนน	คะแนน
จริงมากที่สุด	4	1
จริงค่อนข้างมาก	3	2
จริงบางครั้ง	2	3
จริงน้อยที่สุด	1	4

ในการแปลผลคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ คะแนนรวมต่ำแสดงว่าพยาบาลมีความตระหนักรู้ในตนเองไม่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และคะแนนรวมสูงแสดงว่าพยาบาลมีความตระหนักรู้ในตนเองที่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

**ตอนที่ 5 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** เป็นแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (Palliative Care Quiz for Nurse [PCQN]) สร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) บนฐานแนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายและตาย การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ ที่สอดคล้องกับหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประเทศแคนาดา ถูกนำมาใช้ในงานวิจัย 7 เรื่อง ได้แก่ 1) คำถามการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาลต่อการพัฒนาแบบวัดความรู้การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ของรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) 2) ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ของโรนอลสัน เฮย์ส แครีและการ์ร์ (Ronaldson, Hayes, Carey, & Aggar, 2008) 3) ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายระยะยาวที่บ้าน ของบราซิล บริงค์ คัสโลเนน เคลลี และแมคไอนีนี (Brazil, Brink, Kaasalainen, Kelly, & McAiney, 2012) 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาล ของโป๊ป (Pope, 2013) 5) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคิดและการรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลที่ทำงานในประเทศเวียดนามของน่านเย็น ยาเทส และออสบอนนี (Nguyen, Yates, & Osborne, 2014) 6) ความรู้ของพยาบาล

เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของประเทศจอร์แดน ของอัลคาดีร์ (Al Qadire, 2014) และ 7) เรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและทัศนคติต่อการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ของ วิลสัน อวารอส และดอว์ริง (Wilson, Avalos, & Dowling, 2016) โดยมีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ 0.85 ข้อคำถามที่ใช้ความรู้ของพยาบาลมีจำนวน 20 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ มีถูก มีผิด และไม่ทราบ ข้อคำถามถูก 13 ข้อ และข้อคำถามผิด 7 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

1. ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 ข้อ (1, 9, 12, 17)
2. ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ (5, 11, 19)
3. ด้านการจัดการกับอาการ จำนวน 13 ข้อ (2-4, 6-8, 10, 13-16, 18, 20)

แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ถูก	ผิด
	คะแนน	คะแนน
ถูก	1	0
ผิด	0	1
ไม่ทราบ	0	0

การแปลผลคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คะแนนรวมต่ำแสดงว่าพยาบาลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่ำ และคะแนนรวมสูงแสดงว่าพยาบาลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูง โดยที่เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยได้แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือวิจัย (นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2554, Polit & Beck, 2012) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาดั้งเดิม (source language) เป็นภาษาเป้าหมาย (target language) การแปลย้อนกลับ (back-translation) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แปลเอง ในการแปลใช้การแปลแบบสมมาตร (symmetrical translation approach) คือ การแปลที่ยึดความเท่าเทียมกันระหว่างสองภาษา คือ ภาษาของเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับและภาษาที่เป็นเป้าหมาย คำนึงถึงความหมายที่ถูกต้องและเป็นภาษาที่ใช้กันทั่วไปหรือใช้ในชีวิตประจำวันของประชากรที่ใช้ภาษานั้น ๆ



ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Review of the translated version by reviewer) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล ซึ่งบุคคลที่จะตรวจสอบเครื่องมือฉบับแปลไม่เป็นบุคคลเดียวกับผู้แปลในขั้นตอนที่ 1 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาในการแปลก่อนจะให้ผู้แปลคนที่สองแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Backward translation) จากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาต้นฉบับ โดยผู้แปลย้อนกลับควรเป็นผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (bilingual person) แต่ต้องไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรก และไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน ผู้วิจัยได้ดำเนินการผ่านผู้ทรงคุณวุฒิในศูนย์วิจัยทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อลดอคติในการแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้งภาษาและวัฒนธรรม รวมทั้งการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือชุดที่แปลเปรียบเทียบกับเครื่องมือชุดต้นฉบับ หากเครื่องมือชุดที่แปลมีความตรงและความเที่ยงใกล้เคียงกับเครื่องมือชุดต้นฉบับก็เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าเครื่องมือมีความเหมือนหรือเทียบเท่ากันด้วย โดยเครื่องมือแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (Palliative Care Quiz for Nurse [PCQN]) สร้างขึ้นโดยรอสส์ และคณะ (Ross et al., 1996) ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal Consistency) โดยใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) ใช้สูตร KR-20 ซึ่งได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา เท่ากับ 0.78

ตอนที่ 6 แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา ซึ่งเป็นแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning Readiness Scale[SDLRS]) ตามแนวคิดของเกอเลียลมิโน (Guglielmino, 1978) บนพื้นฐานแนวความคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้ 2) ด้านโน้มน้าของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ 3) ด้านการเรียนแบบริเริ่มและอิสระ 4) ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง 5) ด้านความรักในการเรียน 6) ด้านความคิดสร้างสรรค์ 7) ด้านการมองอนาคตในแง่ดี และ 8) ด้านความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและทักษะการแก้ปัญหา ในประเทศไทยได้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยของศิริประไพ ไชยา (2541) ซึ่งดัดแปลงมาจากนรินทร์ บุญชู (2532) โดยเครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 ข้อคำถามเกี่ยวกับแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา ทั้งหมด 20 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับรายการคำถามให้



เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รายละเอียดในข้อคำถามแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้ 2 ข้อ
- 2) ด้านมโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ 3 ข้อ
- 3) ด้านการเรียนแบบริเริ่มและอิสระ 2 ข้อ
- 4) ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง 2 ข้อ
- 5) ด้านความรักในการเรียน 2 ข้อ
- 6) ด้านความคิดสร้างสรรค์ 3 ข้อ
- 7) ด้านการมองอนาคตในแง่ดี 3 ข้อ
- 8) ด้านความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและทักษะการแก้ปัญหา 3 ข้อ

แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองที่น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา โดยคะแนนรวมต่ำแสดงว่าพยาบาลมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลาต่ำ และคะแนนรวมสูงแสดงว่าพยาบาลมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลาสูง

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (The Emergency Nurses' Competency in Providing Palliative Care [ENCPPC])** เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สร้างขึ้นโดยมอนทากินี สมิต และบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) ใช้ครั้งแรกในงานวิจัยเรื่องการประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยข้อคำถามต้นฉบับมีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วารินา หนูพินิจ (2559) โดยปรับเปลี่ยนข้อคำถามและดัดแปลงเนื้อหาบางส่วน เพื่อให้

สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ดังนั้น แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลฉบับภาษาไทยมีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) 0.98 ถูกนำมาใช้ใน งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ของวารินา หนูพินิจ (2559) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 รายละเอียดของข้อคำถามมีดังนี้

1. ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 3 ข้อ (9,10,11)
2. ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ จำนวน 4 ข้อ (12,18,19,20)
3. ด้านการจัดการกับอาการ จำนวน 7 ข้อ (1,2,3,4,5,8,15)
4. ด้านการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ (6,7,13,14,24,25)
5. ด้านการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ (16,26,27,28,29,30,31)
6. ด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล จำนวน 5 ข้อ (17,21,22,23,34)
7. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ (32,33,35,36,37)

แบบประเมินสมรรถนะมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับโดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

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

การแปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ของบloom (Bloom, 1986) แบ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 3 ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า 60 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่ำ

ในการนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากวารินา หนูพินิจ ในการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### 3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผู้สร้างขึ้น คือแบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปตรวจสอบเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีผลงานตีพิมพ์บทความวิชาการ การวิจัย และเขียนหนังสือด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในระดับประเทศ และระดับนานาชาติ จำนวน 2 ท่าน

พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) จำนวน 1 ท่าน

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ซึ่งใช้เกณฑ์การพิจารณาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ใน 3 หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบบันทึกมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่า 0.8 จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยการใช้ภาษา การสื่อสารเข้าใจ ความชัดเจน เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ไม่มีความซ้ำซ้อน

2) นำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

หาความเชื่อมั่น คำนวณจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ดังนี้ แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.60, 0.79, 0.71, 0.88, 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้ปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับคือ

1. เมื่อได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยได้เสนอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จากนั้นขอรับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแจ้งหัวข้อเรื่องวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษา
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. ผู้วิจัยจึงขออนุญาตพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความสามารถยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นแยกเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมไว้เฉพาะส่วน ไม่นำมารวมไว้กับแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
5. เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการบันทึกข้อมูลตามที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บันทึกไว้ในแบบบันทึกเก็บข้อมูลโดยให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ดังนี้

- 5.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
  - 5.2 แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
  - 5.3 แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย
  - 5.4 แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ
  - 5.5 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 5.6 แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา
  - 5.7 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนนำไปเก็บรวบรวมไว้เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

### 3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้หรือผลเสียจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบจากการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ไม่มีผลกระทบกระเทือนดูแลและต่อกระบวนการรักษา

ภายหลังจากการทำการชี้แจงรายละเอียดหัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามต้องการตามความสมัครใจโดยไม่มี การบังคับใด ๆ และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกกล่าวเหตุผล

โดยข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย การเข้าถึงข้อมูลจะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มแสดงเจตนา

ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูล แต่ใส่รหัสเพื่อนับจำนวนและแยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและแบบบันทึกข้อมูล โดยเก็บคนละแห่งทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าเป็นของผู้ตอบรายใด ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างและเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลของการศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การเคยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต การเคยดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต การเคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติที่มีต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา กับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้ค่า สถิติหาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง คือ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) แต่ถ้าข้อมูลไม่อยู่ในในการกระจายและการแจกแจงแบบปกติจะเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation)

โดยกำหนดค่า  $r$  ดังนี้ (Polit & Beck, 2012)

$r = 1.00$  หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสมบูรณ์

$r > .70$  หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

$r$  มีค่าระหว่าง  $.30$ - $.70$  หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$r < .30$  หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

$r = 0$  หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) (Miller, 2012)

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตราวัดช่วงมาตรา (Interval Scale) หรืออัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale)
2. ข้อมูลในแต่ละชุดจะต้องมีความเป็นอิสระต่อกัน
3. ต้องแจกแจงปกติ และมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง
4. ตัวแปรทั้งสองมีขนาดเท่ากัน





## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี โดยปฏิบัติงานโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 175 ราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้นจำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.9

#### 4.1 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และประเด็นความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการพัฒนา
2. ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

## ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 169 ราย การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 82.8 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21-30 ปี ถึงร้อยละ 47.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.8 อยู่ในสถานภาพโสด ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.8 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 2.4 ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 59.2 โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 8.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการร้อยละ 60.9 โดยสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมากที่สุด ร้อยละ 91.1 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 61.5 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต ร้อยละ 62.7 ร้อยละ 36.7 ระบุว่าหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.9 ไม่ทราบข้อมูลการลงเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยหรือตารางปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.1 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 4.1

### ตารางที่ 4.1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (N= 169)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน (คน)	n	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	29	17.2
หญิง	140	82.8
<b>อายุ</b>		
21-30 ปี	81	47.9
31-40 ปี	60	35.5
41-50 ปี	22	13
51-60 ปี	6	3.6

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน (คน)	n	ร้อยละ
<b>สถานภาพ</b>	118	69.8
โสด	47	27.8
คู่ หย่า/หม้าย	4	2.4
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	162	95.8
คริสต์	3	1.8
อิสลาม	4	2.4
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี	154	91.1
ปริญญาโททางการพยาบาล	13	7.7
ปริญญาโทสาขาอื่น ๆ	2	1.2
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</b>		
1-2 ปี	35	20.7
2.1-3 ปี	16	9.4
3.1-5 ปี	18	10.7
5 ปีขึ้นไป	100	59.2
<b>ประสบการณ์ในการทำงานหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรี</b>		
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	103	60.9
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ	64	37.9
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	2	1.2
<b>โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย</b>		
ไม่มี	53	31.3
มี	62	36.7
มี (ไม่ทราบ)	54	32

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน (คน)	n	ร้อยละ
<b>การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมสหสาขาวิชาชีพใน</b>		
<b>โรงพยาบาล</b>		
ทุกวัน	7	4.1
สัปดาห์ละ 1 วัน	2	1.2
สัปดาห์ละ 2 วันขึ้นไป	130	76.9
ไม่ทราบ		
<b>ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต</b>		
ไม่เคย	65	38.5
เคย	104	61.5
<b>ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วย</b>		
<b>ในระยะสุดท้ายของชีวิต</b>		
ไม่เคย	106	62.7
เคย	63	37.3
<b>การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย</b>		
การจัดการอาการและความปวด	61	36.2
การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ	7	4.1
การส่งเสริมการตายอย่างสงบ	7	4.1
การสื่อสาร	6	3.5
ไม่เคย	88	52.1

## ความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับสูง จำนวน 119 ราย (70.4%) โดยพบว่า 3 ลำดับที่มีความต้องการสูงสุด ได้แก่ การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด การประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการดูแลเรื่องความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ตามลำดับ และ 3 ลำดับที่มีความต้องการน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการกับปัญหาความอยากอาหาร การจัดการกับปัญหาระบบขับถ่าย และการจัดการกับอาการแพ้ ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.2

### ตารางที่ 4.2

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละเฉลี่ย และระดับสูง ปานกลาง ต่ำ ของผลการศึกษาความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกโดยรวมและรายข้อ (N= 169)

ด้าน	ระดับความต้องการ		
	ต่ำ n(ร้อยละ)	ปานกลาง n(ร้อยละ)	สูง n(ร้อยละ)
ทักษะในการสื่อสาร	4 (2.4%)	35 (20.7%)	130 (76.9%)
ประเด็นด้านจริยธรรม	2 (1.2%)	34 (20.1%)	133 (78.7%)
จุดมุ่งหมายของชีวิตก่อนสิ้นลมหายใจ	5 (3.0%)	32 (18.9%)	132 (78.1%)
การจัดการกับอาการแพ้	6 (3.6%)	48 (28.4%)	115 (68.0%)
ความปวดและการจัดการกับความปวด	1 (0.6%)	29 (17.2%)	139 (82.2%)
การจัดการกับอาการหายใจลำบาก	3 (1.8%)	27 (16.0%)	139 (82.2%)
ด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม	5 (3.0%)	34 (20.1%)	130 (76.9%)
ความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต	2 (1.2%)	29 (17.2%)	138 (81.6%)
การนอนไม่หลับ	9 (5.3%)	36 (21.3%)	124 (73.4%)
ความอยากอาหาร	7 (4.1%)	52 (30.8%)	110 (69.1%)
อาการคลื่นไส้และอาเจียน	6 (3.6%)	39 (23.1%)	124 (73.4%)
ปัญหาระบบขับถ่าย	8 (4.7%)	45 (26.6%)	116 (68.6%)
<b>โดยรวม</b>	<b>1 (0.6%)</b>	<b>49 (29.0%)</b>	<b>119(70.4%)</b>

### สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับปานกลาง ( $M = 70.4, S.D. = 11$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการกับอาการด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล และด้านการสื่อสาร ( $M = 74.5, S.D. = 13.1; M = 72.5, S.D. = 13.8; M = 71.2, S.D. = 11.6; M = 70.6, S.D. = 12.6; M = 70, S.D. = 12.6; M = 69, S.D. = 13.3$  และ  $M = 67.4, S.D. = 13.1$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.3

#### ตารางที่ 4.3

คะแนนร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=169)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	M	S.D.	ระดับ
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	74.5	13.1	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว	72.5	13.8	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ	71.2	11.6	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจ	70.6	12.6	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอาการ	70.0	12.6	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล	69.0	13.3	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร	67.4	13.1	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>70.4</b>	<b>11</b>	<b>ปานกลาง</b>

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ทักษะติดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และทักษะติดต่อความตาย ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนความตระหนักรู้ในตนเอง และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดเวลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.340, p < 0.01$  และ  $r = 0.509, p < 0.01$ ) และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.174, p < 0.05$ ) ดังแสดงในตาราง 4.4



ตารางที่ 4.4

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N=169)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุ <sup>a</sup>	1								
2. ระดับการศึกษา <sup>b</sup>	.293**	1							
3. ประสบการณ์ <sup>b</sup>	-.016	.316	1						
4. การอบรม <sup>b</sup>	-.068	.827	.394	1					
5. ทักษะ <sup>a</sup>	-.029	.038	.089	.001	1				
6. ความตระหนักรู้ <sup>a</sup>	-.013	.635	.324	.034	.416**	1			
7. ความรู้ <sup>a</sup>	.125	.044	.778	.031	.174*	.244**	1		
8. การเรียนรู้ <sup>a</sup>	-.149	.444	.517	.039	.239**	.450**	.310**	1	
9. สมรรถนะของพยาบาล	-.055	.176	.113	-.037	.092	.340**	.174*	.509**	1

a = Pearson's product moment correlation coefficient

b = Spearman rank-order correlation coefficients

\*p < 0.05    \*\*p < 0.01

## 4.2 อภิปรายผลการวิจัย

### ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 169 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ถึงร้อยละ 47.9 สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั่วไปที่เก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในประเทศไทยเริ่มบรรจุเข้าปฏิบัติงานภายหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการสอบขึ้นทะเบียน อนุมัติใบประกอบวิชาชีพซึ่งอยู่ในช่วงอายุประมาณ 20-30 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 97.2 ซึ่งเป็นคุณลักษณะหรือธรรมชาติของวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 77.8 นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทำงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในช่วง 1-31 ปี โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 8.7 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2557) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.5 มีอายุไม่เกิน 39 ปี และมีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาลระหว่าง 1-31 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี และร้อยละ 91.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต รวมถึงส่วนใหญ่มีการรับรู้หน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ยังพบว่าร้อยละ 76.9 ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการลงเยี่ยมและการดูแลของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.1 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็น อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ถูกพัฒนาเพื่อมุ่งเน้นความรู้ความสามารถในการช่วยชีวิตเป็นหลัก จึงมักได้รับการอบรมในการช่วยชีวิตและการฟื้นคืนชีพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระบบต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ คงสุวรรณ กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ

จำนวน 12 ราย และพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน แต่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายร้อยละ 58.4

### ประเด็นความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการพัฒนา

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยความต้องการโดยรวมในการศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับสูง ( $M = 47.49$ ,  $S.D. = 7.32$ ) โดยพบว่า 3 ลำดับที่มีความต้องการสูง ได้แก่ การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด การประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการดูแลเรื่องความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ตามลำดับ และ 3 ลำดับที่มีความต้องการน้อย ได้แก่ การจัดการกับปัญหาความอยากอาหาร การจัดการกับปัญหาาระบบขับถ่าย และการจัดการกับอาการแพ้ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการพัฒนาเรื่องประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด ประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในระดับสูงนั้น อาจเนื่องจากประเด็นเหล่านี้เป็นปัญหาหน้างานที่พบบ่อยด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาการฉุกเฉินที่ไม่สามารถจัดการเองได้ โดยอาการที่พบบ่อย เช่น มีความปวดมากขึ้น มีอาการหายใจลำบาก เป็นต้น เมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงขึ้นและไม่สามารถจัดการอาการได้ ตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลจะตัดสินใจมารับการรักษาอาการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Barbera, Taylor & Dudgeon, 2010) พยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องการพัฒนาสมรรถนะเหล่านี้เพื่อให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ส่วนประเด็นที่ต้องการศึกษาอบรมน้อยอาจเป็นประเด็นที่ไม่ค่อยพบว่าเป็นปัญหาฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่การศึกษาของแชร์และคณะ (Shearer et al., 2014) ซึ่งศึกษาความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศออสเตรเลีย พบว่า 3 ลำดับที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาสูง ได้แก่ ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเด็นด้านจริยธรรม และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ไปถึงจุดมุ่งหมายของชีวิตก่อนสิ้นลมหายใจ ตามลำดับ และ 3 ลำดับที่มีความต้องการน้อย ได้แก่ การจัดการกับปัญหาความอยากอาหาร การจัดการกับปัญหาอาการคลื่นไส้และอาเจียน การจัดการกับปัญหาาระบบขับถ่าย ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในต่างประเทศมีการเข้าถึงยาและการจัดการอาการและอาการแสดง เช่น ความปวดได้ดีแล้ว จัดการได้แล้ว ดังนั้นประเด็นที่เป็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาคือ ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นความรู้เฉพาะและมีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองอย่างมาก ตั้งแต่กระบวนการบอกข่าวร้าย การบอกความจริงและการพูดคุยเกี่ยวกับความตายเพื่อวางแผนการดูแล ประเด็นด้านจริยธรรม และการดูแลผู้ป่วยก่อนสิ้นลมหายใจรวมถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดีตายสงบ

## สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ตามแนวคิดและความหมายของสมรรถนะอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสามารถที่อยู่บนพื้นฐานของความรู้ ทักษะ ทักษะ ตลอดจนบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Clarke et al., 2003; Grantham, 2009; American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2014) รวมทั้งการรับรู้หน้าที่ และรับผิดชอบในบทบาทที่ได้รับมอบหมายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรฐานวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2558) อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งเป็นไปได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน การพัฒนาศักยภาพที่พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับตลอดเวลาที่ผ่านมามุ่งเน้นเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพและการช่วยชีวิตเป็นหลักจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะถูกแต่เตรียมและฝึกมาด้วยการช่วยและยื้อชีวิต แต่ถ้าพยาบาลกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมไม่ว่าจะเป็นการอบรม การเรียนเฉพาะทาง หรือการส่งเสริมกำหนดนโยบาย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยงานอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงระดับสูงได้ ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาริษา หนูพินิจ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู และพบว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่อยู่ในระดับสูงสุด คือ ด้านสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ ยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ซึ่งศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 398 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษา พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในระดับสูง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาริษา คังสุวรรณ กิตติกร นิลมานัต และยาวรัตน์ มัชฌิม (2557) ซึ่งศึกษาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน และพบว่าพยาบาลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉินยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติที่ต้องการทราบและเข้าใจข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ รวมถึงพยาบาลยังขาดทักษะและความสามารถในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อญาติไม่สามารถยอมรับการตายของผู้ป่วยได้ในระยะเวลาอันสั้น และผล การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของดีวาเดอร์ อาว บรีส และเรียร์เตอร์ (DeVader, Albrecht & Reiter, 2012) ซึ่งนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (ABCD assessment of emergency palliative care) พบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ค่อนข้างสั้นและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในการดูแลผู้ป่วย การสื่อสาร และการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ตรงกัน อาจเป็นเพราะในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน อาจเนื่องด้วยข้อจำกัดของเวลา เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถทำได้เพียงการดูแลระยะเวลา สั้นๆ เท่านั้น ฉะนั้นที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงเน้นความรวดเร็วและปลอดภัยเป็นสำคัญ ไม่ได้เน้นรายละเอียดหรือกระบวนการสื่อสาร

**ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะติดต่อ ความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการ เรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา**

จากการศึกษาพบว่าข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์ กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถ อธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ที่ตั้งไว้ นั่นคือ อายุไม่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี อยู่ในระดับ ปฏิบัติการซึ่งสมรรถนะของพยาบาลในระดับนี้ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากนัก ต้องอาศัย การชี้แนะ ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน จะเรียนรู้จดจำประสบการณ์และสามารถมองประเด็นสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาได้ (สุพิศ กิตติรัชดา และวารีย์ วนิช ปัญจพล, 2552; สภาการพยาบาล, 2558) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์ (2557) ซึ่งศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 398คน เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.25, p < 0.01$ ) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดค่อนข้างใหญ่และมีการกระจายของอายุกว้างและสม่ำเสมอจึงทำให้ผลการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ชัดเจนแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าและการกระจายของอายุค่อนข้างเบ้ไปทางช่วงอายุที่ต่ำ และผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า (อรรถยา อมรพรหมภักดี, 2547; ทองทิพย์ พรหมศร, 2551; อารีญา ต้านผาทอง, 2552; Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของวารินา หนูพินิจ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู และพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโทนั้นมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 91.1 และพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท มีหลากหลายสาขา ได้แก่ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาบริหารการพยาบาล สาธารณสุข และรัฐศาสตรมหาบัณฑิต จึงเป็นไปได้ว่ามีความแตกต่างของหลักสูตร เกือบทุกหลักสูตรอาจไม่ได้เน้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ บางสาขาอาจมีเรียนแค่ภาคทฤษฎีและไม่มีภาคปฏิบัติแสดงให้เห็นว่า แม้ระดับการศึกษาจะสูงขึ้นแต่การไม่ได้ศึกษาเฉพาะทางหรืออบรมทักษะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้ทำให้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลสูงขึ้น ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชนาด ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.13, p < 0.01$ ) และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวารินา หนูพินิจ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู และพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู



( $r = 0.159$ ,  $p < 0.05$ ) และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเทียบเท่าปริญญาโท มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านมากกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (อรรธยา อมรพรหมภักดี, 2547; Prompahakul et al., 2011a; Kassa, Murugan, Zewdu, Hailu, & Woldeyohannes, 2014) ซึ่งเป็นไปได้ว่าด้วยลักษณะงานของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผ่านมานั้นหนักไปที่การช่วยชีวิตและการยื้อชีวิตจึงทำให้การพัฒนาด้านวิชาการของบุคลากรส่วนใหญ่เน้นด้านช่องทางพิเศษ (fast track) ให้กับผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง (Multiple Trauma) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Sepsis) ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน (stroke) และผู้ป่วยเจ็บหน้าอกรุนแรง (Chest pain) การช่วยชีวิตเบื้องต้น (BLS) และการช่วยชีวิตขั้นสูง (PALS, ATLS, ACLS) ดังนั้น ระดับการศึกษาในงานวิจัยนี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 61.5 แต่ประสบการณ์ในการดูแลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพียงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงระยะเวลาที่สั้น ๆ อาจเป็นเพียงนาที หรือเป็นเพียงชั่วโมงเท่านั้น และรูปแบบการดูแลก็เป็นการดูแลตามรูปแบบของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แตกต่างกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาระดับหนึ่ง ประกอบกับในหอผู้ป่วยดังกล่าวมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะเวลาที่นานเป็นวันหรือเป็นเดือน ซึ่งการที่บุคคลคนนั้นมีประสบการณ์จำเป็นต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซ้ำ ๆ และมีระยะเวลาที่เพียงพอเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสม (Bandura, 1997) ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่ดีเกิดจากการฝึกฝนได้ใช้เวลาในการทบทวนไตร่ตรองข้อมูลและได้รับประสบการณ์ใหม่ที่ถูกต้องผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่จะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (อรนุช มกราริรมย์ และอันธิกา คระระวานิช, 2558) ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชนาด ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์ (2557) ซึ่งศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและพบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.21$ ,  $p < 0.01$ ) และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ



วารินา หนูพินิจ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู และพบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ( $r = 0.214, p < 0.01$ ) และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรธยา อมรพรหมภักดี, 2547; อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และวิภาวี คงอินทร์, 2554; Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาเหล่านี้เก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ซึ่งบริบทแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่เก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัจจัยด้านการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การไม่ได้รับการอบรมจึงขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะ เป็น ด้านการสื่อสาร ด้านการดูแลจิตใจ ด้านการดูแลจิตสังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยหัวข้อในการอบรมมีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น การจัดการอาการและความปวด การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การส่งเสริมการตายอย่างสงบ และการสื่อสาร ซึ่งการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเพียงอบรมสั้น ๆ ซึ่งแทรกอยู่ในการอบรมหลักเรื่องอื่น ๆ เป็นเพียงไม่กี่ชั่วโมง เท่านั้น ซึ่งการอบรมในระยะสั้น ๆ เป็นเพียงการได้รับความรู้เท่านั้น แต่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์หรือเพิ่มสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กุลวดี อภิชาติบุตร และสมใจ ศิระกมล, 2548; Shearer et al., 2014) ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ซึ่งพบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.24, p < 0.01$ ) และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การศึกษาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการศึกษาหลักสูตรเฉพาะการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลให้ดีขึ้นได้ (Prompahakul et al., 2011a; Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000)

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตาย จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.3) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของพยาบาล เป็นเพียงองค์ประกอบย่อยหนึ่งในหลายองค์ประกอบของสมรรถนะ นั่นคือการที่บุคคลจะมีสมรรถนะ

หรือมีความสามารถในการกระทำบางอย่างอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นั้นหมายความว่าบุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องผ่านการฝึกทักษะ ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้และการฝึกทักษะด้านนี้ ดังนั้นการมีเพียงทัศนคติที่ดี จึงไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับของสมรรถนะ (Peters et al., 2013) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้อง กับผลการศึกษาของโศคพลากรณ์ (Pokalagon, 2005) ซึ่งพบว่าทัศนคติกับพฤติกรรมในการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.397, p < 0.01$ ) และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ที่พบว่า ทัศนคติของพยาบาลต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.31, p < 0.01$ ) และผลการศึกษาใน ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาริณา หนูพินิจ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู พบว่า พบว่า ทัศนคติของพยาบาล ต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล วิชาชีพไอซียู ( $r = 0.221, p < 0.01$ ) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า การทำงานวิจัยทั้ง 3 เรื่องซึ่งพบว่า ทัศนคติ ต่อความตายมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจาก งานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ศึกษาในบริบทของการดูแลผู้ป่วยใน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาความรู้และ การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้บ่อย และแต่ละรายเป็นระยะเวลานาน การมีทัศนคติต่อความตาย ที่ดีและบนพื้นฐานของความรู้และการมีทักษะจึงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

ปัจจัยด้านความตระหนักรู้ในตนเอง จากผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งสนับสนุน สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ความตระหนักรู้ในตนเองเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรู้ตัว ว่ากำลังทำอะไรหรือรู้สึกอย่างไรในขณะที่ดูแลผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติงานอย่างมีสติซึ่งส่งผลให้การ ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงเป็นการรับรู้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของพยาบาลขณะ ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (สุภาพร ดาวดี, ฟาริดา อิบราฮิม, พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2537) โดยความตระหนักรู้ในตนเองจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ภาคใต้ ของประเทศไทยของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011b) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย และพบว่า ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ( $r = 0.37, p = 0.001$ ) และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของนุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ซึ่งพบว่า ความ ตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ

สื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ( $r = 0.32, p < 0.01$ ) โดยพบว่าทั้งด้านความตระหนักรู้ต่อตนเองและด้านความตระหนักรู้ต่อผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( $r = 0.299, p < 0.01$  และ  $r = .312, p < 0.01$ ) นั่นคือ หากพยาบาลมีสติ ระลึกรู้ทุกขณะอยู่กับสิ่งที่กำลังปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัว ก็จะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับที่ดีด้วยเช่นกัน

ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีน้ำหนักในหลายองค์ประกอบของสมรรถนะ นั่นคือการทำบุคคลจะมีสมรรถนะหรือมีความสามารถในการกระทำบางอย่างอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน นั้นหมายความว่าบุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องผ่านการฝึกทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบที่มีน้ำหนักมากเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น เช่น ทักษะคิด ความรู้ที่เพิ่มขึ้นจึงมีผลให้สมรรถนะสูงขึ้นด้วย (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996) ผลการศึกษานี้จึงพบว่าความสามารถในการให้การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองคะแนนความรู้เรื่องบรรเทาความเจ็บปวดไม่ได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวาง ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับความสัมพันธ์ของสมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับสูงได้ ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับ (Glajchen & Bookbinder, 2001) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความรู้และการรับรู้ความสามารถของพยาบาลประจำบ้านจำนวน 1,236 แห่ง ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาในการจัดการความเจ็บปวดและรายงานความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความสามารถในการคิดเชิงทัศนคติมีความสำคัญอย่างมาก อย่างไรก็ตามความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียง มีแต่ความรู้แต่อาจมีปัจจัยส่วนอื่น ๆ มาร่วมด้วยการศึกษาชิ้นหนึ่งชี้ให้เห็นว่า 5 โดเมนที่มีส่วนช่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการการใช้ระบบการประเมินอาการของเอดมันตันอย่างเป็นระบบ (Edmonton symptom assessment system) ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork skills) ทักษะในการติดต่อระหว่างบุคคล (interpersonal skills) และทักษะชีวิตในระยะท้าย (life closure skills) (Slåtten, Hatlevik & Fagerström, 2014) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เดกเนอร์ และกาว (Degner & Gow, 1988) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 306 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยยังพบว่า ความรู้ด้านการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( $r = 0.219, p < 0.01$ ) อย่างไรก็ตามพบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับการศึกษาของโซฟียา และมิสเฟีย (Sorifa & Mosphea, 2014) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลประจำการในการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้กับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ( $r = 0.30; p < 0.01$ ) ซึ่งพยาบาลที่มีค่าคะแนนความรู้น้อยจะมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ และพยาบาลที่มีค่าคะแนนความรู้มากจะมีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระดับสูง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ดียิ่งขึ้น นั่นคือ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ความสามารถในการดูแลการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยด้านความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา จากผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 4.4) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยยังพบว่า ด้านการเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้ ด้านมโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเรียนแบบริเริ่มและอิสระ ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ด้านความรักในการเรียน ด้านความคิดสร้างสรรค์ ด้านการมองอนาคตในแง่ดี และด้านความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและทักษะการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายได้ว่า การเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลและการจะมีสมรรถนะหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีมาตรฐานนั้น พยาบาลต้องใช้เวลาในการขัดเกลาและเรียนรู้ โดยเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ต้องมีหลักสูตรเฉพาะด้านความรู้ จริยธรรม และเอทิกซ์ในขอบเขตของการปฏิบัติตามกฎหมาย ควบคู่กับการแสวงหาความรู้ และการพัฒนาความรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2543) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของซงและหยาง (Song, & Yang, 2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการเรียนรู้ด้วยตนเอง กับความสามารถการปฏิบัติการทางคลินิกของนักศึกษา

พยาบาล กลุ่มอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 127 คน พบว่า การเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถการปฏิบัติการทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ในระดับปานกลาง ( $r = 0.46$ ;  $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jung (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 291 คน พบว่า การเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ในระดับสูง ( $r = 0.73$ ;  $p < 0.01$ ) นั่นคือ ถ้าพยาบาลมีทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Directed Learning) ยิ่งทำให้พยาบาลต้องชวนขยายต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมให้มากขึ้น จะทำให้มีคุณภาพทางการพยาบาล (Hirumi, 2002) และจะส่งผลให้เป็นการยกระดับวิชาชีพอีกประการหนึ่งด้วย (Adelman, 1986) รวมถึงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามาใช้บริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี





## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research design) เพื่อเพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา และเพื่อศึกษาประเด็นความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทั่วไป(ตติยภูมิ) โรงพยาบาลทั่วไป(ตติยภูมิขั้นสูง) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 169 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (3) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย (4) แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ (5) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (6) แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (7) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา ซึ่งแบบวัดทั้ง 6 แบบวัด ได้ผ่านกระบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยมาแล้ว ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้มากกว่า 0.7 แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย, แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ, แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา, แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.603, 0.791, 0.714, 0.888, 0.960 และ 0.947 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา สมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ) ทศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูล พื้นฐานส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 82.8 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ถึงร้อยละ 47.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.8 อยู่ในสถานภาพโสด ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.9 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 2.4 ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน อยู่ในช่วง 1-31 ปี โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการร้อยละ 60.9 โดยสำเร็จการศึกษาพยาบาล - ศาสตรบัณฑิตมากที่สุด ร้อยละ 91.1 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 61.5 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 62.7 การรับรู้เกี่ยวกับหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ ร้อยละ 36.7 แต่ไม่ทราบการรับรู้เกี่ยวกับหน่วยงานหรือทีมสหสาขา วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในการลงเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายร้อยละ 76.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 52.1 และความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับสูง จำนวน 119 ราย (70.4%) โดยพบว่า 3 ลำดับที่มีความต้องการสูง ได้แก่ ประเมินความปวดและการจัดการกับความ ปวด ประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการดูแลเรื่องความสุขสบายในช่วงสุดท้าย



ของชีวิต ตามลำดับ และ 3 ลำดับที่มีความต้องการน้อย ได้แก่ การจัดการกับปัญหาความอยากอาหาร การจัดการกับปัญหาระบบขับถ่าย และการจัดการกับอาการแพ้ ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับปานกลาง ( $M = 70.4$ ,  $S.D. = 11$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการกับอาการด้าน การสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล และด้านการสื่อสาร ( $M = 74.5$ ,  $S.D. = 13.1$ ;  $M = 72.5$ ,  $S.D. = 13.8$ ;  $M = 71.2$ ,  $S.D. = 11.6$ ;  $M = 70.6$ ,  $S.D. = 12.6$ ;  $M = 70$ ,  $S.D. = 12.6$ ;  $M = 69$ ,  $S.D. = 13.3$  และ  $M = 67.4$ ,  $S.D. = 13.1$  ตามลำดับ)

3. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. ทักษะคิดต่อความตาย ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. ความตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( $r = 0.340$ ,  $p < 0.01$ )

6. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( $r = 0.174$ ,  $p < 0.05$ )

7. ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( $r = 0.509$ ,  $p < 0.01$ )

## 5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงประชากรพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของทั้งประเทศไทยได้ เนื่องจากมีการกระจายของช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21-30 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ตอน ซึ่งรวม 136 ข้อคำถาม อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเบื่อหน่าย

3. แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.603 ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าเมื่อนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 ราย และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.705

## 5.3 ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล/ฝ่ายการพยาบาล ควรให้ความสำคัญ การกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการรับรู้เกี่ยวกับหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ ร้อยละ 36.7 แต่ไม่ทราบการรับรู้เกี่ยวกับหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในการลงเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 76.9 และส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 52.1 รวมไปถึงการมีแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจนเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นไปตามมาตรฐานสากล

2. พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับปานกลาง ( $M = 11.2, S.D. = 2.4$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.8, S.D. = 0.8$ )

รองลงมาด้านการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง ( $M = 9.6, S.D. = 2$ ) และสุดท้ายด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 1.4, S.D. = 0.6$ ) (ภาคผนวก ฉ) เมื่อศึกษาความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับสูง โดยพบว่า 3 ลำดับที่มีความต้องการสูง ได้แก่ ประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด ประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการดูแลเรื่องความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ตามลำดับ ความมีการจัดอบรมหรือการเรียนเฉพาะทางเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ

3. ถึงแม้จะเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แต่ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั่วประเทศได้ เนื่องจากบริบทของการให้บริการมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

4. นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ยังมีประเด็นที่มีความต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม คือ ความรู้เรื่องพินัยกรรมชีวิต และต้องการให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานสากล

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์. กรุงเทพมหานคร.
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคอง*. กระทรวงสาธารณสุข: คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลานครินทร์: ขานเมืองการพิมพ์.
- กุลวดี อภิชาติบุตร และสมใจ ศิระกมล. (2548). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 32(4), 7-23.
- ไกรสร จันทรันุมิตร, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อายุ โรคร่วม กับ ผลลัพธ์การจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ในผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ใหญ่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 123-132.
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสภาการพยาบาลไทย*. 3(1), 1-17.
- ทองทิพย์ พรหมศร, สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ), บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- ทัศนมา มหามานภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง. (2541). *ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ช่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 12(1), 31-39.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2558). กรุงเทพมหานคร Patent No. การประชุมวิชาการ 1 st National Palliative and Hospice Care Conference (NPHC) Theme "Better Health Through Palliative Care" *การดูแลแบบประคับประคอง : เพื่อชีวิตที่ดีกว่า*.กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- นรินธร ศักดิ์ศรียุทธนา. (2558). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉิน ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.

- นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 19-28.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.
- ปกป้อง ศรีสนิท. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์จะอยู่ในรูปแบบกึ่งบ้านกึ่งโรงพยาบาล (Hospice). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประภาพร สุวรรณ์ชัย. (2010). ผลของการดูแลในห้องฉุกเฉิน ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุจากรถ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- ปราณี อ่อนศรี. (2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2).
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณ. (2554). *Pain management in palliative care*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). *การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเอดส์ในประเทศไทย ปี.พ.ศ. 2541 – 2547*. กรุงเทพมหานคร: ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2558). *แนวโน้มการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. บรรยายในการประชุมวิชาการ Suandok Palliative Care Day. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พิไลพร สุขเจริญ และวาสนี วิเศษฤทธิ. (2557). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(ฉบับพิเศษ).
- พระไพศาล วิสาโล. (2553). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.
- ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). *Psychiatric assessment and management in palliative care* ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- มาลินี วงศ์พานิช. (2525). *ความตายกับภาวะใกล้ตาย (On death and dying by Elisabeth Kubler-Ross)*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ: กรุงเทพฯ.

- ยุพิน สุขเจริญ และขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2(2), 14-26.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ และชุลีพร พรหมพาหกุล. (2556). การดูแลในการพยาบาลบุคคลระยะสุดท้าย: *Caring in nursing persons at the end of life*. สงขลา: บริษัทจอยปรีนท์จำกัด.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 34(3), 97-108.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วารินา หนูพินิจ (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู. วิทยานิพนธ์ (พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2558). การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรา กุสมภ์ และอรุณี เฮงยศมาก. (2551). ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA = NANDA nursing diagnosis. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น.
- สกล สิงหะ. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: Non-cancer palliative care [1-7].
- สภาการพยาบาล. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (*Palliative nurse specialist competencies*). กรุงเทพมหานคร.
- สมคิด เลิศไพฑูรย์. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์จะอยู่ในรูปแบบกึ่งบ้านกึ่งโรงพยาบาล (*Hospice*) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : วีเจ. พรินต์ติ้ง.
- สมใจ วินิจกุล และสุวรรณา เจริญสุขวงษ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. วารสารเกื้อการุณย์, 21(2), 113-125.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2552). การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.



- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *รายงานการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2544*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลระดับรองและระยะสุดท้าย*. กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- สุพิศ กิตติรัชดา และวารีย์ วณิชปัญญาผล. (2552). การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพการนิเทศการพยาบาล. นนทบุรี : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สุภาพร ดาวดี, ฟาริดา อิบราฮิม, พยอม อยู่สวัสดิ์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2537). *ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุมาลี นิมนานิตย. (2552). *ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุพันธ์ ดันติวงศ์, ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ เอช. พี. เพรส.
- อรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คระระวานี. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายแบบองค์รวม. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(4), 348-363.
- Adelman, Clifford. (1986). *Assessment in Higher Education: Issues and Contexts*: US Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- Agnew, Thelma. (2009). New competencies for end-of-life care will help to get the basics right: core skills required in caring for a dying patient are being spelt out for health and social care workers. *Nursing Older People*, 21(6), 8-9.
- Al Qadire, Mohammad. (2014). Nurses' knowledge about palliative care: A cross-sectional survey. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1), 23-30.
- American Association of Colleges of Nursing [AACN]. (2014). *AACN Futures Task Force*. Washington, DC.
- Bailey, Cara, Murphy, Roger, Porock, & Davina. (2011). Trajectories of end-of-life care in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 57(4), 362-369.



- Bailey, Cara, Murphy, Roger, & Porock, Davina. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Barbera, L., Taylor, C., & Dudgeon, D. (2010). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. *Canadian Medical Association Journal*, 182(6), 563-568.
- Bloom, B. S. (1976). *Taxonomy of Education Objective, Handbook I: Cognitive Domain*.(pp. 60). New York: David Mackay.
- Brazil, Kevin, Brink, Peter, Kaasalainen, Sharon, Kelly, Mary Lou, & McAiney, Carrie. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International journal of palliative nursing*, 18(2).
- Burns, Nancy, & Grove, Susan K. (2005). *Book Review: The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization (5th ed.)*: Elsevier.
- Clarke, Ellen B, Curtis, J Randall, Luce, John M, Levy, Mitchell, Danis, Marion, Nelson, Judith, Members, Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 31(9), 2255-2262.
- Coyle, Nessa, & Sculco, Lois. (2004). *Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Dahlin, C. M. (2010). *Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses*. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*: New York Oxford University Press.
- Degner, Lesley F, & Gow, Christina M. (1988). Preparing nurses for care of the dying: A longitudinal study. *Cancer Nursing*, 11(3), 160-169.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of nursing: Standards & practice*. Clifton Park, New York: Delmar Cengage Learning.
- DeVader, T. E., Albrecht, R., & Reiter, M. (2012). Initiating palliative care in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*, 43(5), 803-810.

- Eby, Kerry J. (2008). Palliative care and the emergency department. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(2), 73-75.
- Emanuel, Linda L, von Gunten, Charles F, & Ferris, Frank D. (2000). Gaps in end-of-life care. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1176.
- Ferrell, Betty, Virani, Rose, Grant, Marcia, Coyne, Patrick, & Uman, Gwen. (2000). Dignity in dying. *Nursing management*, 31(9), 53-57.
- Field, Marilyn J, & Cassel, Christine K. (1997). *Approaching death: improving care at the end of life*: National Academies Press.
- Gjerberg, Elisabeth, Førde, Reidun, Pedersen, Reidar, & Bollig, Georg. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social science & medicine*, 71(4), 677-684.
- Glajchen, M., & Bookbinder, M. (2001). Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: a national survey. *Journal of pain and symptom management*, 21(4), 307-316.
- Grantham, D., O'Brien, L.A., Widger, K., Bouvette, M., & McQuinn, P. (2009). Canadian Hospice Palliative Care Nursing Competencies Case Examples. 1-53.
- Guglielmino, Lucy M. (1978). *Development of the self-directed learning readiness scale*. ProQuest Information & Learning.
- Hermann, Carla Penrod. (2001). *Spiritual needs of dying patients: a qualitative study*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Hirumi, Atsusi. (2002). Student-centered, technology-rich learning environments (SCenTRLE): Operationalizing constructivist approaches to teaching and learning. *Journal of Technology and Teacher Education*, 10(4), 497-538
- Ieraci, Sue. (2013). Palliative care in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 25(2), 112-113.
- Izumi, Shigeko Seiko, Nagae, Hiroko, Sakurai, Chihoko, & Imamura, Emiko. (2012). Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing ethics*, 19(5), 608-618.
- Jonsen, Albert R, Siegler, Mark, & Winslade, William J. (2010). *Clinical ethics a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*.

- Juba, K. M., & Ricca, B. P. (2014). Design of a problem-based learning pain and palliative care elective course. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 6(3), 421-428.
- Jun, YANG, GAO, Jin-mou, Ping, HU, Li, Chang-hua, ZHAO, Shan-hong, & Lin, Xi. (2009). Management of multiple trauma with mainly thoracic and abdominal injuries: a report of 1166 cases. *Chinese Journal of Traumatology (English Edition)*, 12(2), 118-121.
- Jung, J. S. (2012). Relationship of self-directedness and practice satisfaction to clinical practice in nursing students: The mediating effect of clinical competence. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 18(1), 53-61.
- Kassa, Hiwot, Murugan, Rajalakshmi, Zewdu, Fissiha, Hailu, Mignote, & Woldeyohannes, Desalegn. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC palliative care*, 13(1), 1.
- Kirchhoff, Karin T, & Beckstrand, Renea L. (2000). Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9(2), 96.
- Kübler-Ross, Elisabeth, & Kessler, David. (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*: Simon and Schuster.
- Kübler-Ross, Elisabeth. (1997). *Death*: Simon and Schuster.
- Lamba, Sangeeta, Nagurka, Roxanne, Zielinski, Adrian, & Scott, Sandra R. (2013). Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. *Journal of palliative medicine*, 16(2), 143-147.
- M Ross, Margaret, McDonald, Beth, & McGuinness, Joan. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of advanced nursing*, 23(1), 126-137.
- Manosilapakorn, C. (2003). Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand [dissertation]. *Fairfax: George Mason University*.
- McSteen, Kerstin, & Peden-McAlpine, Cynthia. (2006). The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(5), 259-269.

- Mierendorf, Susanne M., & Gidvani, Vinita. (2014). Palliative Care in the Emergency Department. *The Permanente Journal*, 18(2), 77-85. doi: 10.7812/TPP/13-103
- Miller, W. (2012). *Statistics and measurement concepts with OpenStat*. Springer Science & Business Media.
- Montagnini, Smith, Heather, & Balistreri, Heather (2012). Assessment of self-perceived end-of-life care competencies of intensive care unit providers. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 29-36.
- Nguyen, Ly Thuy, Yates, Patsy, & Osborne, Yvonne. (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *International journal of palliative nursing*, 20(9).
- NHS England. (2014). NHS England's Actions for End of Life Care. *J NHS England* 4.
- Nilmanat, Kittikorn, & Phungrassami, T. (2006). *Status of end of life care in Thailand*. Paper presented at the UICC World Cancer Congress.
- Nissim, Rinat, Gagliese, Lucia, & Rodin, Gary. (2009). The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Social science & medicine*, 69(2), 165-171.
- Penman, Joy, Oliver, Mary, & Harrington, Ann. (2009). Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 29.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... & Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 152-159.
- Pokpalagon, Piyawan. (2005). *Knowledge, Attitude, and Caring Behavior for End of Life Patients Among Professional Nurses in Governmental Hospital Bangkok*.
- Pope, Amy. (2013). *Palliative Care Knowledge among Bachelors of Science Nursing Students*.
- Prompahakul, Chuleeporn, Nilmanat, Kittikorn, & Kongsuwan, Waraporn. (2011a). Nurses' Caring Behaviors for Dying Patients in Southern Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 147-158.

- Prompahakul, Chuleeporn. (2011b). *Factors relating to nurses' caring behavior for dying patients in Southern Thailand*. (Unpublished master's thesis), Prince of Songkla University, Songkhla.
- Quest, T. E., Asplin, B. R., Cairns, C. B., Hwang, U., & Pines, J. M. (2011). Research Priorities for Palliative and End-of-life Care in the Emergency Setting. *Academic Emergency Medicine*, 18(6), e70-e76.
- Quest, T. E., Herr, Sherol, Lamba, Sangeeta, Weissman, David, & Board. (2013). Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: a report from the IPAL-EM Initiative. *Annals of emergency medicine*, 61(6), 661-667.
- Quest, Tammie E, & DeSandre, Paul. (2012). Palliative Care in the Emergency Department. *Ethical Problems in Emergency Medicine: A Discussion-Based Review*, 79-87.
- Quigley, M, & Burton, J. (2003). Evidence for cause of death in patients dying in an accident and emergency department. *Emergency medicine journal*, 20(4), 349-351.
- Quigley, M, & Burton, J. (2003). Evidence for cause of death in patients dying in an accident and emergency department. *Emergency medicine journal*, 20(4), 349-351.
- Roach, M.S. . (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professionals* (2 ed.). Canada: CH Press.
- Ronaldson, Susan, Hayes, Lillian, Carey, Michele, & Aggar, Christina. (2008). A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *International Journal of Older People Nursing*, 3(4), 258-267.
- Ruland, Cornelia M, & Moore, Shirley M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing outlook*, 46(4), 169-175.
- Shearer, Freya M, Rogers, Ian R, Monterosso, Leanne, Ross-Adjie, Gail, & Rogers, Jeremy R. (2014). Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. *Emergency Medicine Australasia*, 26(3), 249-255.

- Shehabi, Yahya, Bellomo, Rinaldo, Reade, Michael C, Bailey, Michael, Bass, Frances, Howe, Belinda, Weisbrodt, Leonie (2012). Early intensive care sedation predicts long-term mortality in ventilated critically ill patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186(8), 724-731.
- Slåtten, K., Hatlevik, O., & Fagerström, L. (2014). Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. *Nursing research and practice*, 2014.
- Smith, Shirley Newell, & Bohnet, Nancy. (1983). Organization and administration of hospice care. *Journal of Nursing Administration*, 13(11), 10-16.
- Song, M., & Yang, N. (2016). Impact on Self-Efficacy, Self-Directed Learning, Clinical Competence on Satisfaction of Clinical Practice among Nursing Students.
- Sosik, John J, & Megerian, Lara E. (1999). Understanding leader emotional intelligence and performance the role of self-other agreement on transformational leadership perceptions. *Group & Organization Management*, 24(3), 367-390.
- Tiernan, Eoin, Casey, P, O'Boyle, C, Birkbeck, G, Mangan, M, O'Siorain, L, & Kearney, M. (2002). Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(8), 386-390.
- Van Leeuwen, René, & Cusveller, Bart. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246.
- Van Tricht, Myriam, Riochet, David, Batard, Eric, Martinage, Arnaud, Montassier, Emmanuel, Potel, Gilles, & Le Conte, Philippe. (2011). Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal*, emermed-2011-200513.
- Vorauer, Jacquie D, & Ross, Michael. (1999). Self-awareness and feeling transparent: Failing to suppress one's self. *Journal of experimental social psychology*, 35(5), 415-440.
- WHO. (2011). Palliative care for older people: better practices (pp. 1-6).
- Wilson, Olivia, Avalos, Gloria, & Dowling, Maura. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal of Nursing*, 25(11), 600-605.

World Health Organization [WHO]. (2007). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes* (Vol. 2): World Health Organization.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม (กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ)

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 37 ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน

3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านเพื่อให้ผลการวิเคราะห์  
ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้อง สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์การพยาบาลต่อไป

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ท่านเลือกและเติมคำในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หย่า/แยก/หม้าย

4. ศาสนา

1. พุทธ

2. คริสต์

3. อิสลาม

4. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ระดับการศึกษา

1. ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี

2. ปริญญาโทการพยาบาล สาขา (ระบุ).....

3. ปริญญาโท สาขาอื่น ๆ (ระบุ).....

4. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปัจจุบัน

ระยะเวลา.....ปี

7. ประสบการณ์ในการทำงานหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ปฏิบัติงานในตำแหน่งเป็นระยะเวลาานเท่าใด)

1. พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ ระยะเวลา.....ปี

2. พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ ระยะเวลา.....ปี

3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขา..... ระยะเวลา.....ปี

4 อื่นๆ ระบุ..... ระยะเวลา.....ปี

8. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือไม่ ถ้ามี ให้ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม และตอบคำถามข้อ 9

1. ไม่มี

2. มี ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม.....

3. มี ไม่ทราบ

9. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือเป็นประจำเมื่อมีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ทุกวัน  2. สัปดาห์ละ 1 วัน ระบุ.....
3. สัปดาห์ละ 2 วันขึ้นไป ระบุ.....  4. ไม่ทราบ

10. ท่านเคยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่

1. ไม่เคย  2. เคย กรุณาระบุตัวเลขโดยประมาณ จำนวน.....ราย

11. ท่านเคยดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ (เช่น บิดา มารดา เป็นต้น)

1. ไม่เคย  2. เคย ระบุความสัมพันธ์.....

12. ท่านเคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในเรื่องใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. การจัดการอาการและความปวด  2. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
3. การส่งเสริมการตายอย่างสงบ  4. การสื่อสาร
5. อื่น ๆ (ระบุ).....  6. ไม่เคย

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้าน  
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. โปรดอ่านข้อความที่ละข้อ พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ ในตรงกับความคิดเห็นและการรับรู้  
ของท่านมากที่สุดที่ตรงกับความต้องการของท่าน

2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 5 คำตอบ

- 5 หมายถึงมีความต้องการอย่างยิ่ง  
4 หมายถึง มีความต้องการ  
3 หมายถึง ไม่แน่ใจ  
2 หมายถึง ไม่มีความต้องการ  
1 หมายถึง ไม่มีความต้องการอย่างยิ่ง

ข้อ	ความต้องการ ในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระดับความต้องการ				
		5	4	3	2	1
1	ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
2	ประเด็นด้านจริยธรรม					
3	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปถึงจุดมุ่งหมายของชีวิตก่อน สิ้นลมหายใจ					
4	การจัดการกับอาการแพ้					
5	ประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด					
6	ประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก					
7	การดูแลด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรมในช่วงสุดท้ายของ ชีวิต					
8	การดูแลเรื่องความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต					
9	การจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ					
10	การจัดการกับปัญหาความอยากอาหาร					
11	การจัดการกับปัญหาอาการคลื่นไส้และอาเจียน					
12	การจัดการกับปัญหาาระบบขับถ่าย					
ความต้องการศึกษาหรืออบรมเพิ่มเติม						
.....						
.....						

### ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือของข้อความแต่ละข้อให้ตรงกับตามความคิดเห็นของตัวท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
	5	4	3	2	1
1. ผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษาควรได้รับการบอกความจริง					
2. ผู้ป่วยใกล้ตายมักไม่ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง					
3.....					
.					
.					
.					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					

#### ส่วนที่ 4 แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล

##### คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบตระหนักรู้ตัวของท่าน ที่มีต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตัวท่านขณะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. โปรดอ่านข้อความที่ละเอียด พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องทางขวามือที่ตรงกับควมมากน้อยในแต่ละลักษณะของท่าน ข้อละ 1 เครื่องหมาย โปรดตอบแบบสอบถามนี้จากใจจริง

2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ

จริงมากที่สุด	หมายถึง ทุกครั้งที่ให้การดูแลผู้ป่วยท่านมีความรู้ตัว <u>อยู่เสมอ</u>
จริงค่อนข้างมาก	หมายถึง ทุกครั้งที่ให้การดูแลผู้ป่วยท่านมีความรู้ตัว <u>บ่อยมาก</u>
จริงบ้างบางครั้ง	หมายถึง ทุกครั้งที่ให้การดูแลผู้ป่วยท่านมีความรู้ตัว <u>เป็นบางครั้ง</u>
จริงน้อยที่สุด	หมายถึง ทุกครั้งที่ให้การดูแลผู้ป่วยท่าน <u>ไม่มีความรู้ตัวอยู่เสมอ</u>

3. ข้อความในแบบสอบถามมีทั้งคำถามที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กรุณาอ่านและตอบคำถามด้วยความระมัดระวัง

ข้อความ	ระดับความตระหนักรู้ตัวในตนเอง			
	จริงมากที่สุด (รู้ตัวเสมอ)	จริงค่อนข้างมาก (รู้ตัวบ่อยมาก)	จริงบางครั้ง (รู้ตัวบ่อยมาก)	จริงน้อยที่สุด (รู้ตัวเสมอ)
	4	3	2	1
1. ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยฉันรู้ว่าฉันกำลังคิดเกี่ยวกับเรื่อง				
2. ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยฉันรู้ว่าฉันกำลังทำอะไรให้กับ				
3. ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยฉันมักใคร่ครวญเกี่ยวกับ				
4. ....				
5. ....				
18. ....				
19. ....				
20. ....				



## ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการวัดความรู้พื้นฐานของท่านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โปรดอ่านข้อความทีละข้อ พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นและการรับรู้ของท่านมากที่สุดดังนี้

ถูก	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นถูก
ผิด	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นผิด
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านคิดว่าท่านไม่รู้/ไม่ทราบข้อความในข้อนั้น

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	การดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมเฉพาะในสถานการณ์ที่แสดงว่าการดำเนินของโรคแย่งหรือเสื่อมถอย			
2	มอร์ฟินถูกใช้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบฤทธิ์การลดปวดกับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid อื่น ๆ			
3	ความรุนแรงของโรคบ่งบอกถึงวิธีการจัดการความปวด			
4	การบำบัดผสมผสานมีความสำคัญในการจัดการความเจ็บปวด			
5	การเอื้อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่จะอยู่ข้างเตียงจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ			
6	อาการง่วงซึมที่เกิดจากภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต ทำให้ความต้องการใช้นอนหลับลดลง			
7	การติดยาเป็นปัญหาที่สำคัญเมื่อใช้มอร์ฟินในการจัดการความปวดระยะยาว			
8	ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ควรเฝ้าติดตามการขับถ่ายอุจจาระ			
9	การดูแลแบบประคับประคองต้องเข้าใจและเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย			

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
10	ในช่วงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย การใช้ยาที่ออกฤทธิ์กดการทำงานการหายใจจะช่วยลดความรุนแรงของอาการหายใจลำบากได้			
11	โดยทั่วไปผู้ชายจะหายจากภาวะเศร้าโศกได้เร็วกว่าผู้หญิง			
12	ปรัชญาการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญพอๆ กับปรัชญาการรักษาเชิงรุก			
13	การใช้ยาหลอกเหมาะสมในการรักษาอาการปวดบางชนิด			
14	การให้ยาโคเดอีนในปริมาณสูงทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าการให้ยามอร์ฟิน			
15	ความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทางกายมีความคล้ายคลึงกัน			
16	ยาเพ็ตทิดีน (Pethidine) เป็นยาแก้ปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการปวดเรื้อรัง			
17	ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ให้การดูแลมักไม่สามารถหลีกเลี่ยงความรู้สึก ซึมเศร้า และสูญเสียร่วมไปกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะสะสมเรื้อรังจนนำไปสู่การตัดสินใจการลาออกจากการทำงาน			
18	ลักษณะของอาการปวดชนิดเรื้อรังจะแตกต่างจากอาการปวดชนิดเฉียบพลัน			
19	การสูญเสียของบุคคลหรือญาติที่อยู่ห่างไกลกัน หรือ มีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถแก้ปัญหาและปรับตัวในเรื่องของภาวะการสูญเสีย ได้ง่ายกว่าการสูญเสียของคนที่อยู่อาศัยด้วยกันหรือใกล้ชิดกัน			
20	ความทนต่อความปวดจะลดลงเมื่อมีความวิตกกังวลหรือความเหนื่อยล้า			

## ส่วนที่ 6 แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา

### คำชี้แจง

ให้พิจารณาข้อรายการต่อไปนี้และเลือกคำตอบที่ตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นและการรับรู้ของท่านมากที่สุด

- มากที่สุด (5) หมายถึง ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด  
 มาก (4) หมายถึง ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมาก  
 ปานกลาง (3) หมายถึง ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองปานกลาง  
 น้อย (2) หมายถึง ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองน้อย  
 น้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อรายการตรงกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองน้อยที่สุด

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา	ระดับความพร้อม				
	5	4	3	2	1
1. ฉันตั้งใจที่จะเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา					
2. ฉันทราบว่าตนเองต้องการเรียนรู้อะไร					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
19. ....					
20. ....					

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล  
วิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**คำชี้แจง**

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายถึงสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 7 ด้านมีทั้งหมด 37 ข้อ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ
3. ด้านการจัดการกับอาการ
4. ด้านการตัดสินใจ
5. ด้านการสื่อสาร
6. ด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล
7. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับสมรรถนะของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ขอให้ท่านพิจารณาตามความเป็นจริงมากที่สุดว่าท่านมีระดับสมรรถนะดังกล่าวในด้านต่างๆมากน้อยเพียงใดโดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้

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

ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
1	ฉันสามารถจัดการความปวดในผู้ป่วยใกล้ตายด้วยวิธีการใช้ยา เช่น ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนและอนุพันธ์ ยา กลุ่มต้านอาการชัก ยา กลุ่มต้านภาวะซึมเศร้า					

ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
2	ฉันสามารถจัดการอาการปวดในผู้ป่วยใกล้ตายด้วยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การใช้ความร้อน ความเย็น การนวด เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ					
3	ฉันสามารถจัดการอาการระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น อาการหายใจลำบากและอาการไอ					
4	ฉันสามารถจัดการอาการระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกและลำไส้อุดตัน					
5	ฉันสามารถจัดการอาการทางระบบประสาท/อาการทางจิตแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น อาการสับสน อาการชัก อาการวิตกกังวลและกระสับกระส่าย					
6	ฉันสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว					
7	ฉันสามารถอภิปรายบอกข้อดีและข้อเสียเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว					
8	ฉันสามารถเป็นผู้ประสานหรือจัดการให้มีการพิจารณายุติการรักษาที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยใกล้ตาย					
9	ฉันสามารถระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวของเขา					
10	ฉันสามารถระบุความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวของเขา					
11	ฉันสามารถสนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต					
12	ฉันสามารถระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวของเขา					
13	ฉันสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว					

ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
14	ฉันสามารถอภิปรายเกี่ยวกับสถานภาพการช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว					
15	ฉันสามารถช่วยยุติการรักษาที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยใกล้ตาย					
16	ฉันสามารถประสานกับทีมวิชาชีพเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต					
17	ฉันสามารถให้การดูแลโดยการให้เกียรติ/เคารพการตายของผู้ป่วย					
18	ฉันสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ					
19	ฉันสามารถจัดสิ่งแวดล้อมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เหมาะสมในช่วงเวลาของการตาย					
20	ฉันสามารถอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว					
21	ฉันสามารถประสานผู้เชี่ยวชาญหรือทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อขอคำแนะนำ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในการบรรยายหรือเป็นตัวอย่างการดูแลและให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนมุมมองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
22	ฉันสามารถส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน					
23	ฉันสามารถสนับสนุนการดูแลสุขภาพของเพื่อนร่วมงานในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
24	ฉันสามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยไม่มีเอกสารเกี่ยวกับแผนการดูแลและรักษาล่วงหน้า					

ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
25	ฉันสามารถยึดเจตนาารมณ์ของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายของการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต					
26	ฉันสามารถหิบบกประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพมาอภิปรายกับผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่เหมาะสมเมื่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยทรุดลง					
27	ฉันสามารถพูดคุยเรื่องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่ออาการผู้ป่วยเริ่มแยลง					
28	ฉันสามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต					
29	ฉันสามารถจัดการความขัดแย้งของสมาชิกในทีมก่อนที่จะพบกับผู้ป่วยและ / หรือครอบครัว					
30	ฉันสามารถประสานงานให้สมาชิกในทีมอภิปรายกับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่ออาการของผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง					
31	ฉันสามารถประสานผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา (แพทย์ที่ดูแล นักศึกษา-แพทย์ พยาบาล ฯลฯ )					
32	ฉันสามารถส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง					
33	ฉันสามารถช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้จัดการกับความกังวลใจที่อาจเกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย					
34	ฉันสามารถประสานงานในการส่งต่อข้อมูลและแจ้งความเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม					
35	ฉันสามารถให้ข้อแนะนำสำหรับญาติเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาลการเก็บหรือตรวจศพผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม และการจัดเตรียมเอกสาร เพื่อยื่น					



ข้อ	สมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
	ประกอบการขอรับใบมรณะบัตร					
36	ฉันสามารถดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย และสนับสนุนกล่าวคำไว้อาลัยให้กับผู้ป่วยถึงแก่ กรรมตามความเชื่อทางศาสนา					
37	ฉันสามารถพิทักษ์สิทธิที่พึงต้องได้รับในการดูแล รักษาระยะสุดท้ายและเมื่อหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม					



**ภาคผนวก ข**  
**เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย**

รหัสอาสา...../.....

**เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม  
และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน**

ด้วยกระผม นายธีระชล สาดสิน นักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตศึกษา สาขา การพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความประสงค์ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทศนคติต่อความตาย ความ-ตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย ๑๗๕ คน จำนวนสถาบันที่เข้าร่วมการวิจัย ๙ แห่ง ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง “สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” ชนิดของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และพรรณนาซึ่งประกอบด้วยคำถาม ๗ ชุด จำนวน ๑๓๘ ข้อ ใช้เวลาในการตอบ ๖๐ นาที ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วนจึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุดโดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็น

ความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาคั้งนี้ โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบเนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆของท่านท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

หากผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ สถานที่ติดต่อ ๒๐๔/๓ ถ.สิรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐ ในวันและเวลาราชการหรือโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ๐๘๗-๙๗๒๗๒๓๘

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ ๓ สาขาวิทยาศาสตร์ สำนักงานฯ อยู่ที่ อาคารราชสุดา ชั้น ๑ ภายในศูนย์วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๑ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๙๘๖-๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๗๓ โทรสาร ๐-๒๕๑๖-๕๓๘๑ หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานคณะกรรมการฯหรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ นายธีระชล สาทสิน ผู้วิจัย

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร

### 1. ชื่อโครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ไทย) สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) EMERGENCY NURSES' COMPETENCY IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE AND RELATED FACTORS

### 2. รหัสโครงการ

### 3. ชื่อ สถานที่ทำงานของหัวหน้าโครงการวิจัย และชื่อผู้วิจัยร่วม

#### 1. ชื่อหัวหน้าโครงการ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

ชื่อ นายธีระชล นามสกุล สาทสิน

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ผู้ช่วยสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ที่ตั้ง 204/3 ถ.สิรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2423-9460, 0-2423-9466

(ที่บ้าน) 094-2626453 Email: Theerachol.satsin@gmail.com

#### 2. ชื่อผู้ร่วมวิจัย/อาจารย์ที่ปรึกษา (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

Yaowarat Matchim, PhD, RN, Assistant Professor.

ตำแหน่งหัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ระดับบัณฑิตศึกษา)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 02-986-9231 ต่อ 7330

#### 3. ชื่อผู้ดูแลรับผิดชอบอาสาสมัคร

ชื่อ นายธีระชล นามสกุล สาทสิน

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ผู้ช่วยสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

#### 4. ผู้ให้ทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุนบัณฑิตศึกษา

## 5. วันที่ชี้แจงข้อมูล 20 มกราคม 2560

## 6. คำเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ทั้งหมดอย่างถี่ถ้วน เพื่อให้เข้าใจเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถขอคำแนะนำในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่าน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ โดย ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ สำหรับ **ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย** ของอาสาสมัคร ผู้ลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงอาสาสมัครเท่านั้น

## 7. โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต ทวีความสำคัญและเป็นที่ต้องการของสังคมมากขึ้น จะเห็นได้จากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างชัดเจนทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากในปัจจุบันมีจำนวนกว่า 22,260,000 คน โดยในปี 2593 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 63 ของโลก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.3 ของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเพิ่มขึ้นจากปี 2559 สูงถึงร้อยละ 13 (สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2558) และยังพบว่าแนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอันดับ 1 คือ โรคมะเร็ง ซึ่งมีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 60,000 คนต่อปี (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557) องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการ การดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง ในการรักษาตลอดช่วงชีวิต (World Health Organization [WHO], 2007) เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีหนทางไปสู่ความสงบในบั้นปลายของชีวิต โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้การรักษาครอบคลุมใน

ทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และมีความต่อเนื่องในการประมวลผลอย่างสม่ำเสมอ (ปกป้อง ศรีสนิท, 2558)

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาให้หายไม่ได้ และเข้าสู่ระยะประคับประคองจะได้รับการดูแล การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (symptom control) การรักษาโรค (disease management) และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual care) เช่น จัดการอาการ วางแผนการดูแล ให้ยากกลับไปจัดการอาการ และดูแลต่อที่บ้าน (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) อย่างไรก็ตาม เมื่อโรคมักดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต (Terminal) ประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย หรือเรียกช่วงนี้ว่าระยะใกล้ตาย (Dying) ในช่วงนี้ผู้ป่วยมักจะควบคุมและจัดการกับอาการและอาการแสดงไม่ได้ เช่น อาการปวด (pain) หายใจหอบหรือหายใจลำบาก (breathlessness/dyspnea) (มาลินี วงศ์พานิช, 2525) พบว่าผู้ป่วยบางรายอาจต้องเข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Barbera, Taylor, & Dudgeon, 2010) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่จึงมักได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป เช่น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย หรือได้รับการดูแลที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต ตามรูปแบบการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เน้นเรื่องการกู้ชีพและการดูแลเพื่อยื้อชีวิต ซึ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายกระบวนการดูแลช่วยเหลือดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้ามมักนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานจากการรักษา ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติที่เห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ไม่ได้ตายดีตายสงบอย่างที่ผู้ป่วยปรารถนา นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกะทันหันไม่คาดคิดมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ อาจจะเป็นทางรถ ทางน้ำ หรือได้รับภัยธรรมชาติ หรืออาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่จะเข้ามารับ การรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด้วยอาการเฉียบพลัน และพบว่าผู้ป่วยบางรายแพทย์ไม่อาจช่วยเหลือรักษาชีวิต ไว้ได้เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตรุนแรงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายใกล้ตาย และอาจตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น (Quigley & Burton, 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกนำมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจเพียงแค่มิ่วชั่วโมงก่อนที่จะเสียชีวิตแต่ก็ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมีความหมาย และทำทนายต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่จะมีผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (วรารักษ์ คงสุวรรณ, กิตติกรนิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2557) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้บุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะถูกฝึกมาให้มุ่งเน้นเรื่องการกู้ชีพและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

พยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด ต้องมีความสามารถ ทั้งความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานตามวิชาชีพ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2558) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ

ครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยหนึ่งในสมรรถนะที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลแบบเอื้ออาทร (Agnew, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะติดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในประเทศไทย พบว่าได้มีหลายการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายและใกล้ตายหรือการตายสงบในหอผู้ป่วยไอซียู แต่เนื่องจากบริบทการรักษา การบริการพยาบาล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยไอซียูและห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็มีความแตกต่างกัน โดยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยที่เน้นการช่วยชีวิตเป็นหลัก ซึ่งให้บริการการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทุกประเภทด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัยได้มาตรฐาน ในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขาดการให้ความสำคัญแม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่ใกล้ตายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวนมากก็ตาม นอกจากนี้ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลวิกฤตใกล้ตายในหอผู้ป่วยไอซียูอาจมีความแตกต่างจากองค์ความรู้ที่ได้จากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือองค์ความรู้จากทั้งสองแหล่งอาจไม่สามารถนำมาอธิบายแทนกันได้ และถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในประเทศ แต่ก็มีจำนวนน้อยและบริบทต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะต้องศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น

## 8. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

### 8.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ

- 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี
- 2) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

### 8.2 ระบุ เพศ อายุ จำนวน รวมทั้งหมดกี่คน

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 175 คน



### 8.3 วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

8.3.1 ซึ่งได้มาโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 9 โรงพยาบาล

8.3.2 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ รพ.ราชพิพัฒน์, รพ.ลาดกระบัง, รพ.เวชการุณย์รัศมี, รพ.สิรินธร, รพ.หลวงพ่อกี้, รพ.กลาง, รพ.เจริญกรุงประชารักษ์, รพ.ตากสิน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

## 9. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ในการวิจัยครั้งนี้จะไม่เกิดอันตราย หรือ ความเสี่ยง ขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยเป็นการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลอย่างเป็นความลับ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางจิตใจของอาสาสมัคร

## 10. จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 175 คน

## 11. ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

อาสาสมัครวิจัย เข้าร่วมวิจัย 1 ครั้ง ในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 136 ข้อ ใช้เวลา 60 นาที ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

## 12. หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการปฏิบัติ หรือต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างไรบ้าง

1 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับคือ

1.1 เมื่อได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ แล้วผู้วิจัยได้เสนอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอรับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแจ้งหัวข้อเรื่องวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษา

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1.4 ผู้วิจัยจึงขออนุญาตพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการเก็บข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับการอนุญาตผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความสามารถยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นแยกเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมไว้เฉพาะส่วน ไม่นำมารวมไว้กับแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

1.6 เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการบันทึกข้อมูลตามที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉิน บันทึกไว้ในแฟ้มบันทึกเก็บข้อมูลโดยให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทั้ง 7 ชุดคำถาม

1.7 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนนำไปเก็บรวบรวมไว้ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

2 การวิจัยที่อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือบันทึกความเห็น หรือการบันทึกภาพ หรือการนำส่วนประกอบของร่างกายไปศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลายแบบสอบถามทุกฉบับ

### **13. ความไม่สบายทางกายและใจ หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย

### **14. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ประโยชน์ส่วนบุคคล ซึ่งเข้าร่วมวิจัยจะสามารถประเมินสรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประโยชน์ส่วนรวม หรือเป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวและเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

**15. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี) -**

**16. ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย**

ผู้วิจัยจะจัดซื้อของขวัญให้กับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์, โรงพยาบาลลาดกระบัง, โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี, โรงพยาบาลสิรินธร, โรงพยาบาลหลวงพ่อ-ทวิศักดิ์, โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, โรงพยาบาลตากสิน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**17. หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

ระบุวิธีการรักษาที่เป็นทางเลือกอื่นที่อาจเป็นประโยชน์แก่อาสาสมัคร หากไม่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

**18. หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

นายธีระชล นามสกุล สาดสิน ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ผู้ช่วยสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ตั้ง 204/3 ถ.สิรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2423-9460, 0-2423-9466 (ที่บ้าน) 094-2626453 ติดต่อกับได้ 24 ชั่วโมง

**19. หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม**

นายธีระชล นามสกุล สาดสิน ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ผู้ช่วยสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ตั้ง 204/3 ถ.สิรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2423-9460, 0-2423-9466 (ที่บ้าน) 094-2626453 ติดต่อกับได้ 24 ชั่วโมง

**20. หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร**

กรณีไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลฯ หรือไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร โทร 0-2220-7564 ในเวลาราชการ

## 21. ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ระบุมাত্রการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวกับอาสาสมัคร และขอบเขตการรักษาความลับ ใครสามารถเข้าถึงข้อมูลความลับ ระบุการจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อนามสกุล ที่อยู่ของอาสาสมัครเป็นรายบุคคล และระบุว่าข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะมีการนำเสนอ / ส่งต่อข้อมูลอย่างไร เช่น ข้อมูลจะถูกนำเสนอ / ส่งต่อไปให้ผู้ให้ทุนวิจัยหรือคณะกรรมการจริยธรรม ฯ เป็นต้น

## 22. ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น และให้ระบุเหตุผล ที่อาจถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัยในกรณีใดบ้าง เช่น เมื่อโรคมียาอาการรุนแรงขึ้น เป็นต้น

## 23. หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที

ในกรณีที่เป็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การไต่ยา หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้อาสาสมัครทราบด้วย

## 24. ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับของผู้วิจัยเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

มีลายมือชื่อของอาสาสมัคร และผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมวันที่ที่ลงชื่อ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(นายธีระชล สาดสิน)

ผู้เข้าร่วมวิจัย


ผู้วิจัย

วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. ....

วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. ....

## ภาคผนวก ค

## เอกสารรับรองการวิจัย



**บันทึกข้อความ**

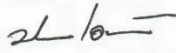
ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 โทร. 0 2-986-9813 ต่อ 7373  
 ที่ ศธ 0516.25 /EC ๔๕ วันที่ 15 มกราคม 2560  
 เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

เรียน นายธีระชล สาดสิน

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” รหัสโครงการที่ 162/2559 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการ ได้พิจารณาอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบรับรองการพิจารณาพร้อมนี้ และข้อกำหนดของการรับรองโครงการวิจัยคือ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน มายังสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

  
 (ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecscctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 209/2560

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 162/2559  
ชื่อโครงการวิจัย : สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
: EMERGENCY NURSES' COMPETENCY IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE AND RELATED FACTORS  
ผู้วิจัยหลัก : นายธีระชล สาดสิน  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)  
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....  
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)  
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 13 มกราคม 2560

วันหมดอายุ : 12 มกราคม 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 13 กรกฎาคม 2560

#### เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ หน่วยวิเคราะห์แผนงบประมาณและวิจัยสถาบัน โทร. ๙๕๕๑  
 ที่ ศธ ๐๕๑๖.๑๐/ ๒๑๙ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐  
 เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาการขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ นายธีระชล สาดลิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ.ชุดที่ ๓ แล้ว มีความประสงค์ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน ๓๐ คน นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน ๓๐ คนได้ และเมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑. ส่งผลงานวิจัยที่สำเร็จแล้วมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๒. ระบุชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในกิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
๓. ส่งสำเนางานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตตินันต์ หะวานนท์)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทรศัพท ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓  
 ที่ .....สง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๒๖๐/๒๕๖๐...วันที่.....๒๒.....กุมภาพันธ์.....๒๕๖๐.....  
 เรื่อง ผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นายธีระชล สาดลิน

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์-  
 วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง...สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย  
 ระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง...(เลขที่โครงการ.๑๖๖/๕๙.) คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวและ  
 ผู้วิจัยโปรดรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก...๑๒...เดือน (โดยให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุ  
 โครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ในวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๑)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรอง  
 มาด้วย

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
๒. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามและการที่กษสิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย  
 Version 2 ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
๒. แบบสอบถาม เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ  
 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง Version 2 ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
  - ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ ๒ แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล
  - ส่วนที่ ๓ แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล
  - ส่วนที่ ๔ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - ส่วนที่ ๕ แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา
  - ส่วนที่ ๖ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้อง  
 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
  - ส่วนที่ ๗ แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล  
 วิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
๔. งบประมาณและแหล่งทุน Version 2 ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
๕. ประวัติผู้วิจัยหลัก :
  ๑. นายธีระชล สาดลิน

RLC : 166/59

1. เพิ่มวันรายงานความก้าวหน้า 5/9/59

- - - - -

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศีกพยาจริยาศึกษาคลินิก ชั้น ๕)  
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
 ๒๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐  
 โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๒๖๘-๗๐๘๘



# ด่วนที่สุด

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (โทร.0 2224 9710 )

ที่ กท 0602.4/วค.034

วันที่ 23 มีนาคม 2560

เรื่อง ผลการพิจารณาโครงการวิจัย ของ นายธีระชล สาทสิน

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์

ตามบันทึกที่ กท.0602.4/พิเศษ 75 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2560 เรื่อง ขอส่งโครงการวิจัย แก่ไขเพื่อรับรอง ซึ่งขอให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นายธีระชล สาทสิน เรื่อง "สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่า โครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการวิจัยที่นำเสนอได้ ให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ ทุก 1 ปี และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ พร้อมบทคัดย่อลงในแผ่น CD ให้กรุงเทพมหานคร ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยในคนมาด้วยแล้ว

เปรมวดี อนุเดช

(นางสาวเปรมวดี อนุเดช)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

ที่ กท ๐๖๐๒.๔/๐-๕๕๕

เรียน ผอ.รพภ. ผอ.รพค. ผอ.รพจ. ผอ.รพว.

ผอ.รพค. ผอ.รพท. ผอ.รพธ. ผอ.รพศ

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

(นางสมพร คุ่มแก้ว)

หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคคล

กองวิชาการ สำนักงานการแพทย์

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์

๒๙ มี.ค. ๒๕๖๐

คุณหญิงวรรณ

๒๙ มี.ค. ๒๕๖๐

สมพร





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร  
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม  
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont  
Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
รหัสโครงการ : U002/60\_EXP  
หัวหน้าโครงการ : นายธีระชด สาดสิน  
สถาบันที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(นางวันทนี วิฒณะ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....025.....

ให้ไว้ ณ วันที่..... 23 มีนาคม 2560 .....

หมดอายุ วันที่..... 22 มีนาคม 2561.....

ประเภทของการรับรอง :  ครั้งแรก  แก้ไขโครงการวิจัย  ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า  1 ปี  6 เดือน  3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

**ภาคผนวก ง**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

<b>ผู้ทรงคุณวุฒิ</b>	<b>สังกัด</b>
รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ทองประทีป	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีผลงานตีพิมพ์บทความวิชาการ การวิจัย และเขียนหนังสือด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ
รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีผลงานตีพิมพ์บทความวิชาการ การวิจัย และเขียนหนังสือด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ
ดร.ปฏิพร บุญยพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ APN ด้านการ พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ตึกเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช



ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ. ๒๓๗

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๖๖ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เนื่องด้วยนายธีระชล สาดสิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวาร์ตน์ มัชฌิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ ๐๒-๙๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗  
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑





ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ. ๒๓๖

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ต่าบคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๖๖ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นายธีระชล สาดสิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มีฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ ห่านิวัติชัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๕๒๑๓ ต่อ ๗๓๔๗

โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด

นศ. ชีระชล

ที่ วพ. ๓๐๒๗/๒๕๕๔

สภากาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย  
๑๘๗๓ ถนนพระรามที่ ๔ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

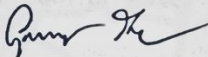
คณะพยาบาลศาสตร์  
รับที่ 491/๒๐  
วันที่ 7 กพ. 2560  
เวลา 13.25

เรื่อง การขอความอนุเคราะห์ในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.๒๓๖ ลงวันที่ ๑๔๖ ตุลาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ขอเข  
รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของ นายธีระชล สาดลี  
นักศึกษาลักสตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เรื่อง “สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ  
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

วิทยาลัยพยาบาลฯ ยินดีให้ความร่วมมือ ทั้งนี้ได้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบด้วยแล้ว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ)  
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

งานสารบรรณ  
โทร. ๐๒ ๒๕๖๔๐๔๒-๔ ต่อ ๑๑๔  
โทรสาร ๐๒ ๒๕๖๔๐๔๐





ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.๖

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เนื่องด้วย นายธีระชล สาดสิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มีขมิ้ม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ดร.ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติ ดร.ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขาธิการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๕๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗

โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

๑. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
๒. ดร.ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ภาคผนวก จ  
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ. ๒๓๗



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติขอใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นายธีระชล สาดสิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์หัวข้อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (EMERGENCY NURSES' COMPETENCY IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE AND RELATED FACTORS) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ ไคร่ขออนุมัติขอใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

๑. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู ในโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู” ของ Montagnini, Smith, & Balistrieri (2012) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นางสาวาริณา หนูพินิจ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๒. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบวัดความตระหนักรู้ในตนเอง ในโครงการวิจัยเรื่อง “สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” ของนางสาวนุชนา ศรีสุวรรณ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โดยผู้ทำวิจัยจะใช้ข้อมูล เพื่อใช้ในงานวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ ห่านริตติชัย)  
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์. ๐๒-๙๘๖-๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗  
โทรสาร. ๐๒-๕๑๖-๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

๑. นางสาวาริณา หนูพินิจ
๒. นางสาวนุชนา ศรีสุวรรณ



COPY

ที่ ศธ 0521.1.20 / ๑๕



อุทยานวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่  
จ.สงขลา 90110

๒ มกราคม 2560

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์  
เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
อ้างถึง หนังสือราชการเลขที่ ศธ 01516.25/ศ.238 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2559

ตามที่ นายธีระชล สาดสิน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล  
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังนี้ (1)  
แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียู จากโครงการวิจัยเรื่อง  
“ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู”  
ของนางสาววารินา หนูพินิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับ  
ความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบวัดความตระหนักรู้ในตนเอง จากโครงการวิจัยเรื่อง  
“สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวและปัจจัยที่  
เกี่ยวข้อง” ของ นางสาวนุชนารถ ศรีสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง  
นายธีระชล สาดสิน ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ยอมรับในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงาน  
อันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจาก  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

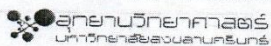
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำธณ พิทักษ์)

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Prince of Songkla University Science Park  
ชั้น ๑๒ อาคารศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่  
จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐ โทรศัพท์ ๐-๗๕๖๒๘-๕๓๓๓ โทรสาร ๐-๗๕๖๒๘-๕๓๓๓  
E-mail : southernrsp@gmail.com Website : http://www.psupsp.psu.ac.th

## ภาคผนวก ฉ

## ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่า RELIABILITY เครื่องมืองานวิจัยทั้ง 6 แบบวัด

เครื่องมือ	N=30	N=169
แบบวัดทัศนคติต่อความตายของพยาบาลวิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.603	.705
แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.791	.814
แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.714	.801
แบบวัดการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลาของพยาบาล วิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.888	.910
แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.960	.967
แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.947	.952

## ตารางที่ 2 การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จำนวน 20 ข้อ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

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

ลำดับข้อ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	จำนวนความเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	✓	✓	✓	3	1
2	✓	-	✓	3	0.67
3	✓	✓	✓	3	1
4	✓	✓	✓	3	1
5	✓	-	✓	2	0.67
6	✓	✓	✓	3	1
7	✓	✓	-	2	0.67
8	✓	✓	✓	3	1
9	✓	✓	✓	3	1
10	✓	-	✓	2	0.67
11	-	✓	✓	2	0.67
12	✓	✓	✓	3	1
13	-	✓	✓	2	0.67
14	✓	✓	✓	3	1
15	✓	✓	✓	3	1
16	-	✓	✓	3	0.67
17	✓	✓	✓	3	1
18	✓	✓	✓	3	1
19	-	✓	✓	2	0.67
20	✓	✓	✓	3	1

$$\begin{aligned}\text{ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา} &= \text{ค่า I-CVI รวมทั้งหมด/จำนวนข้อ} \\ &= 17.36/20 \\ &= 0.868\end{aligned}$$





แบบประเมินความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ

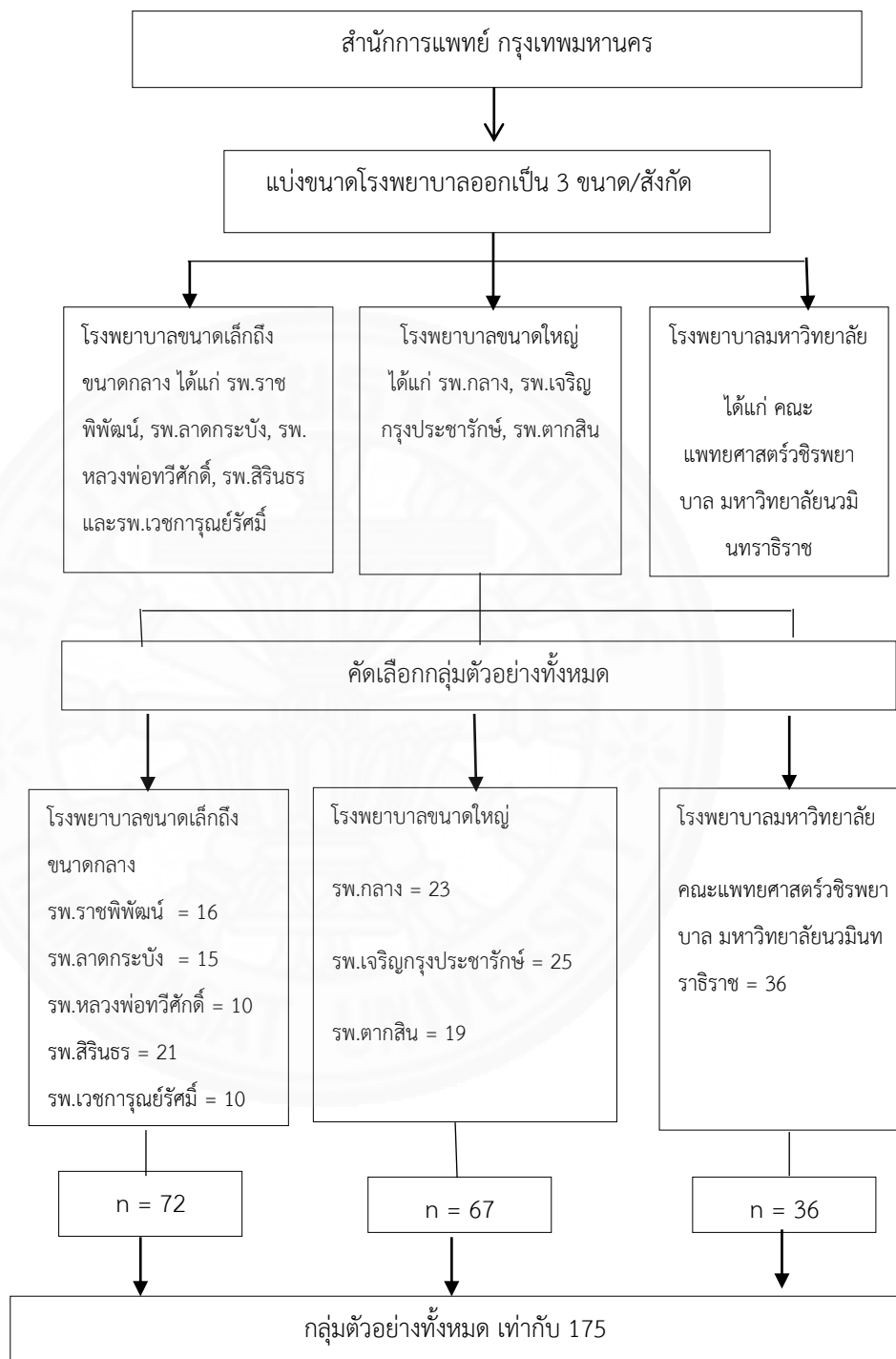
การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

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

ลำดับข้อ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	จำนวนความเห็นที่ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	✓	✓	✓	3	1
2	✓	✓	✓	3	1
3	✓	✓	✓	3	1
4	✓	✓	✓	3	1
5	✓	✓	✓	3	1
6	✓	✓	✓	3	1
7	✓	✓	✓	3	1
8	✓	✓	✓	3	1
9	✓	✓	✓	3	1
10	✓	✓	✓	2	1
11	✓	✓	✓	2	1
12	✓	✓	✓	3	1

$$\begin{aligned} \text{ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา} &= \text{ค่า I-CVI รวมทั้งหมด/จำนวนข้อ} \\ &= 12/12 \\ &= 1 \end{aligned}$$

ตารางที่ 3 โรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



#### ตารางที่ 4

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเพศชายและเพศหญิง

สมรรถนะ	เพศ		t	p-value		
	ชาย	หญิง				
พยาบาลวิชาชีพห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	75.5	7	69.4	11.4	2.7	.023
	ปานกลาง		ปานกลาง			

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 75.5$ ,  $SD = 7$ ) และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 69.4$ ,  $SD = 11.4$ ) ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ตารางที่ 5

คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อความตายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (N= 169)

ทัศนคติต่อความตาย	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
โดยรวม	47-77	64.4	5.7	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความตายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง (M = 64.4, SD = 5.7)



### ตารางที่ 6

คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N= 169)

ความตระหนักรู้ในตนเอง	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
ด้านความตระหนักรู้ต่อตนเอง	16-42	30.2	3.9	ปานกลาง
ด้านความตระหนักรู้ต่อผู้อื่น	16-50	30.1	4.5	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>37-80</b>	<b>60</b>	<b>7.2</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับปานกลาง ( $M = 60, SD = 7.2$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยด้านความตระหนักรู้ต่อตนเอง ( $M = 30.2, SD = 3.9$ ) และด้านความตระหนักรู้ต่อผู้อื่น ( $M = 30.1, SD 4.5$ ) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

### ตารางที่ 7

คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N= 169)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1-4	2.8	0.8	สูง
ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ	0-3	1.4	0.6	ต่ำ
ด้านการจัดการกับอาการ	0-12	9.6	2	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>1-18</b>	<b>11.2</b>	<b>2.4</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับปานกลาง ( $M = 11.2$ ,  $SD = 2.4$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.8$ ,  $SD = 0.8$ ) รองลงมาด้านการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง ( $M = 9.6$ ,  $SD = 2$ ) และสุดท้ายด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 1.4$ ,  $SD = 0.6$ )



### ตารางที่ 8

คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดเวลาของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N= 169)

การเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
ด้านการเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้	4-10	8.05	1.18	สูง
ด้านมโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มี	6-15	11.6	1.76	สูง
ประสิทธิภาพ				
ด้านการเรียนแบบปรีเริ่มและอิสระ	5-10	8.1	1.17	สูง
ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง	4-10	7.2	1.48	สูง
ด้านความรักในการเรียน	4-10	7.5	1.2	สูง
ด้านความคิดสร้างสรรค์	8-15	11.7	1.7	สูง
ด้านการมองอนาคตในแง่ดี	5-15	10.5	1.95	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและ	7-15	11.4	1.7	สูง
ทักษะการแก้ปัญหา				
<b>โดยรวม</b>	<b>53-100</b>	<b>76.4</b>	<b>9.12</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลาของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับปานกลาง ( $M = 76.4, SD = 9.12$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้ ด้านมโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเรียนแบบปรีเริ่มและอิสระ ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ด้านความรักในการเรียน ด้านความคิดสร้างสรรค์ และด้านความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาและทักษะการแก้ปัญหา ( $M = 8.05, SD = 1.18$ ;  $M = 11.6, SD = 1.76$ ;  $M = 8.1, SD = 1.17$ ;  $M = 7.2, SD = 1.48$ ;  $M = 7.5, SD = 1.2$ ;  $M = 11.7, SD = 1.7$  และ  $M = 11.4, SD = 1.7$  ตามลำดับ) และพบว่าด้านการมองอนาคตในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 10.5, SD = 1.95$ )

### ตารางที่ 9

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าร้อยละเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้าน (N= 169)

สมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ		
	ต่ำ n(ร้อยละ)	ปานกลาง n(ร้อยละ)	สูง n(ร้อยละ)
ด้านการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว	14 (8.3%)	79 (46.7%)	76 (45%)
ด้านการสนับสนุนจิตวิญญาณ	14 (8.3%)	98 (58%)	57 (33.7%)
ด้านการจัดการกับอาการ	18 (10.7%)	104 (61.5%)	47 (27.8%)
ด้านการตัดสินใจ	22 (13%)	96 (56.8%)	51 (30.2%)
ด้านการสื่อสาร	31 (18.3%)	97 (57.4%)	41 (24.3%)
ด้านการสนับสนุนอารมณ์ของทีมดูแล	24 (14.2%)	94 (55.6%)	51 (30.2%)
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	11 (6.5%)	79 (46.7%)	79 (46.7%)
<b>โดยรวม</b>	<b>18 (10.7%)</b>	<b>117 (69.2%)</b>	<b>34 (20.1%)</b>

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างค่าร้อยละเฉลี่ยของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมีจำนวน 117 รายคิดเป็นร้อยละ 69.2 อยู่ในระดับปานกลาง และรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องมีจำนวน 79 รายคิดเป็นร้อยละ 69.2% อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงเท่ากัน

### ตารางที่ 10

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลากับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (N=169)

ตัวแปร	สมรรถนะ
<b>ทัศนคติต่อความตาย</b>	0.092
<b>ความตระหนักรู้ในตนเอง</b>	0.340**
ด้านความตระหนักรู้ต่อตนเอง	0.299**
ด้านความตระหนักรู้ต่อผู้อื่น	0.312**
<b>ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>	0.174*
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0.047
ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ	-0.089
ด้านการจัดการกับอาการ	0.219**
<b>การเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา</b>	0.509**
ด้านการเปิดโอกาส	0.329**
ด้านมโนคติของตนเอง	0.376**
ด้านการเรียนแบบริเริ่มและอิสระ	0.444**
ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง	0.320**
ด้านความรักในการเรียน	0.415**
ด้านความคิดสร้างสรรค์	0.373**
ด้านการมองอนาคตในแง่ดี	0.427**
ด้านทักษะการแก้ปัญหา	0.378**

\* P < 0.05, \*\* P < 0.01

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) มีดังนี้

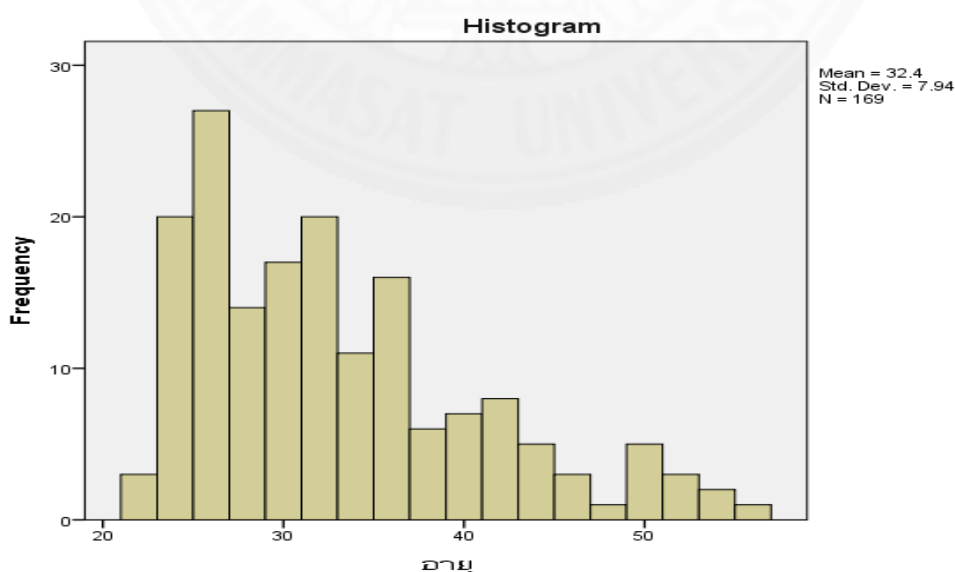
1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรต้น ประกอบไปด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ทักษะคิดต่อความตาย ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป

ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป

2. ทดสอบการแจกแจงปกติ ซึ่งทดสอบลักษณะการกระจายของข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) และตาราง Descriptive

การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรอายุ

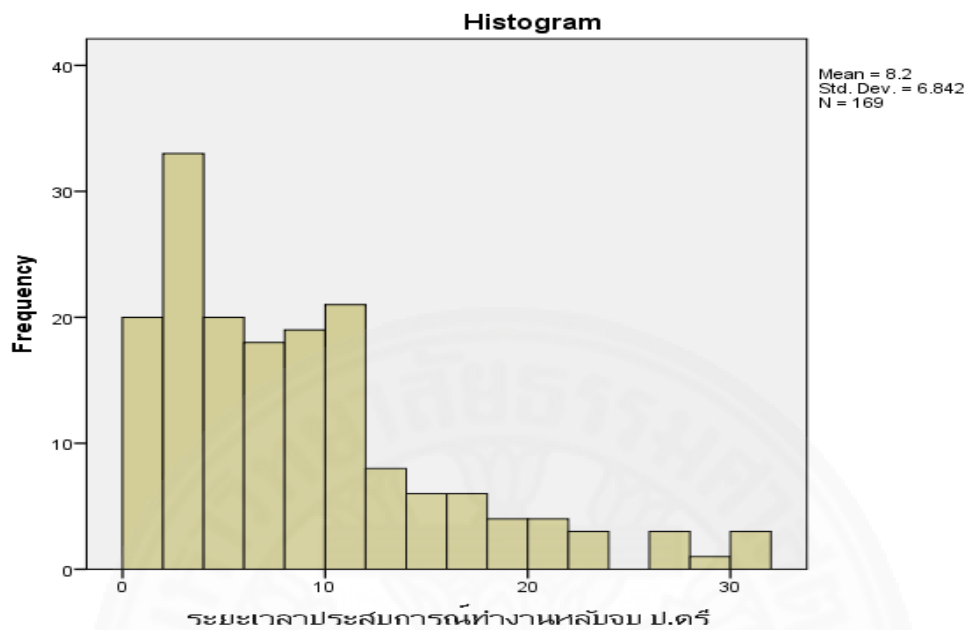


## Descriptives

		Statistic	Std. Error	
อายุ	Mean	32.40	.611	
	95% Confidence Interval for Lower Bound		31.20	
	Mean Upper Bound		33.61	
	5% Trimmed Mean		31.84	
	Median		31.00	
	Variance		63.051	
	Std. Deviation		7.940	
	Minimum		22	
	Maximum		56	
	Range		34	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		.944	.187
	Kurtosis		.268	.371

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางซ้าย เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .944 หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ เท่ากับ .187 ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ .268 หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 32.4 และค่า Median เท่ากับ 31 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

การทดสอบการกระจายข้อมูลของประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



Descriptives

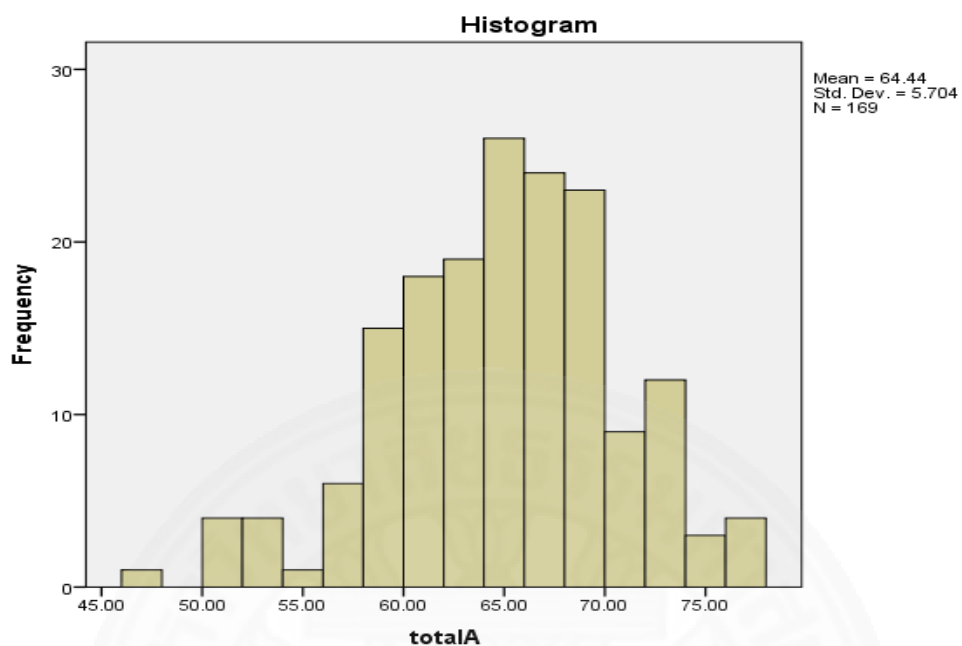
		Statistic	Std. Error	
ระยะเวลาประสบการณ์ทำงาน ห้องฉุกเฉิน ป.ตรี	Mean	8.20	.526	
	95% Confidence Interval for Lower Bound		7.16	
	Mean Upper Bound		9.23	
	5% Trimmed Mean		7.52	
	Median		7.00	
	Variance		46.813	
	Std. Deviation		6.842	
	Minimum		1	
	Maximum		31	
	Range		30	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		1.337	.187
	Kurtosis		1.551	.371



จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางซ้าย เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.33 หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ เท่ากับ .187 ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ 1.55 หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 8.2 และค่า Median เท่ากับ 7 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)



## การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรที่สนใจต่อความตาย



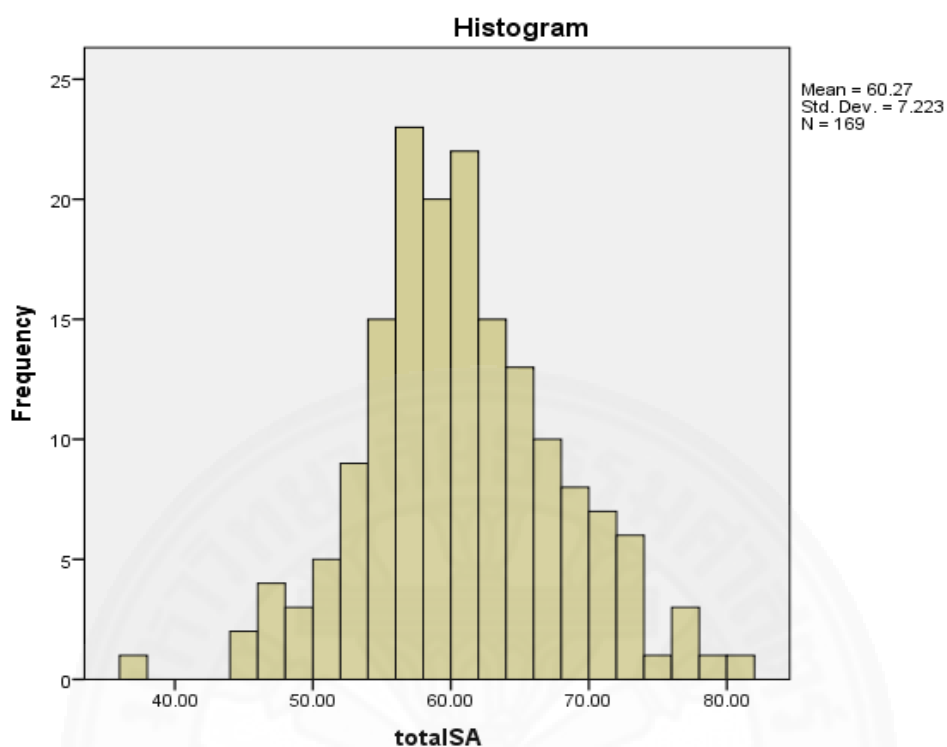
## Descriptives

	Statistic	Std. Error
totalA Mean	64.4438	.43876
95% Confidence Interval for Lower Bound	63.5776	
Mean Upper Bound	65.3100	
5% Trimmed Mean	64.6042	
Median	65.0000	
Variance	32.534	
Std. Deviation	5.70386	
Minimum	47.00	
Maximum	77.00	
Range	30.00	
Interquartile Range	7.00	
Skewness	-.360	.187
Kurtosis	.146	.371

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อความตาย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางขวาเล็กน้อย เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $-.360$  หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ  $.187$  ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ  $.146$  หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ  $64.4$  และค่า Median เท่ากับ  $65$  ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)



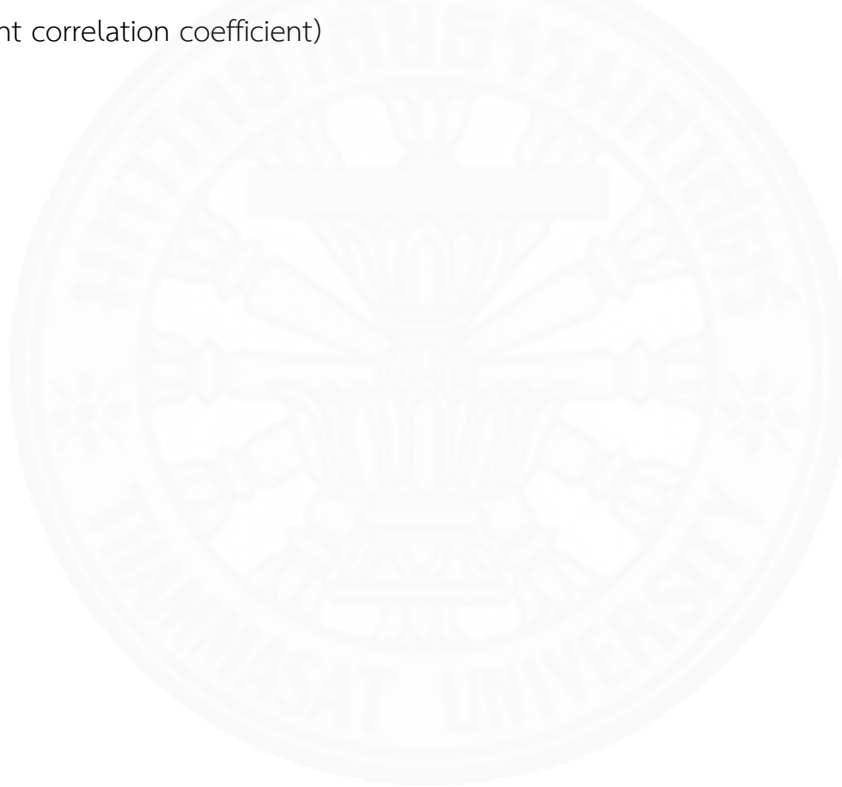
การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรความตระหนักรู้ในตนเอง



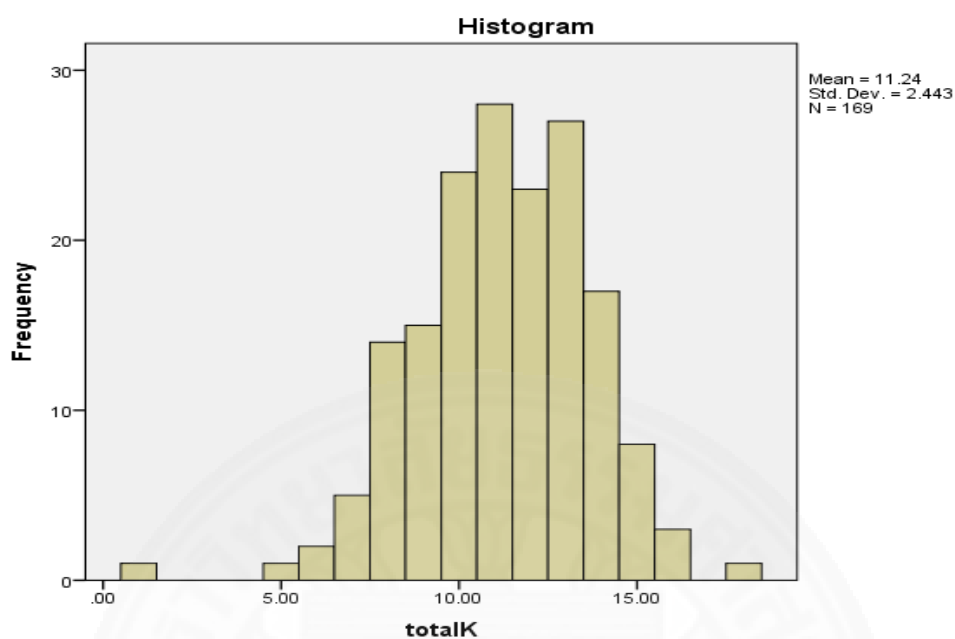
**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
totalSA	Mean	60.2722	.55564	
	95% Confidence Interval for Lower Bound		59.1753	
	Mean Upper Bound		61.3691	
	5% Trimmed Mean		60.2242	
	Median		60.0000	
	Variance		52.175	
	Std. Deviation		7.22326	
	Minimum		37.00	
	Maximum		80.00	
	Range		43.00	
	Interquartile Range		9.00	
	Skewness		.157	.187
	Kurtosis		.344	.371

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรความตระหนักรู้ในตนเอง มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางขวาเล็กน้อย เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.57 หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ .187 ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ .344 หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 60.2 และค่า Median เท่ากับ 60 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)



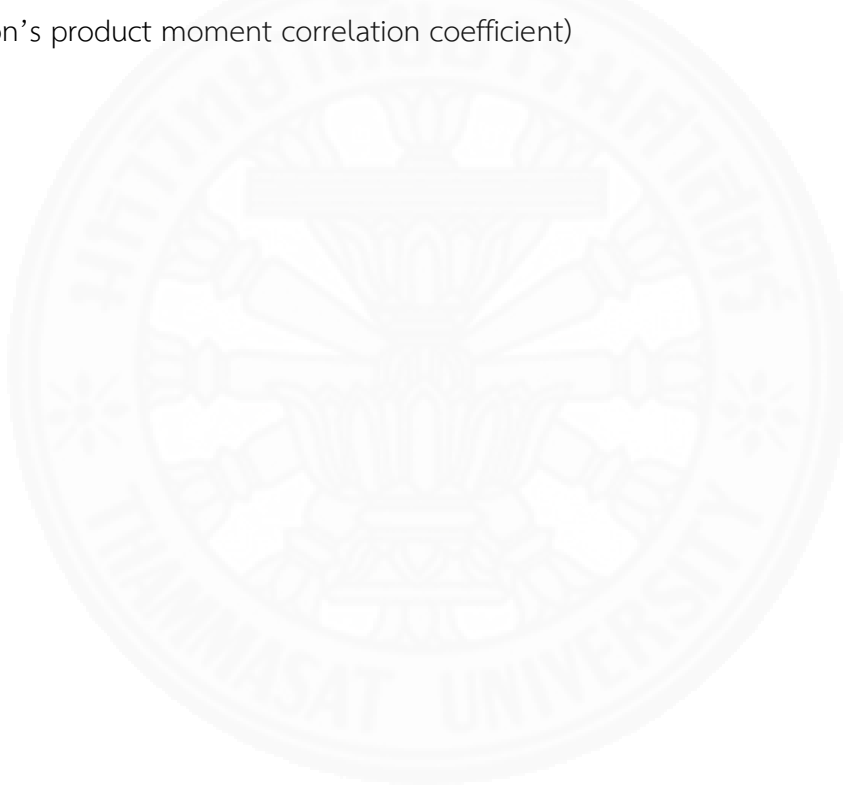
การทดสอบการกระจายข้อมูลของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



**Descriptives**

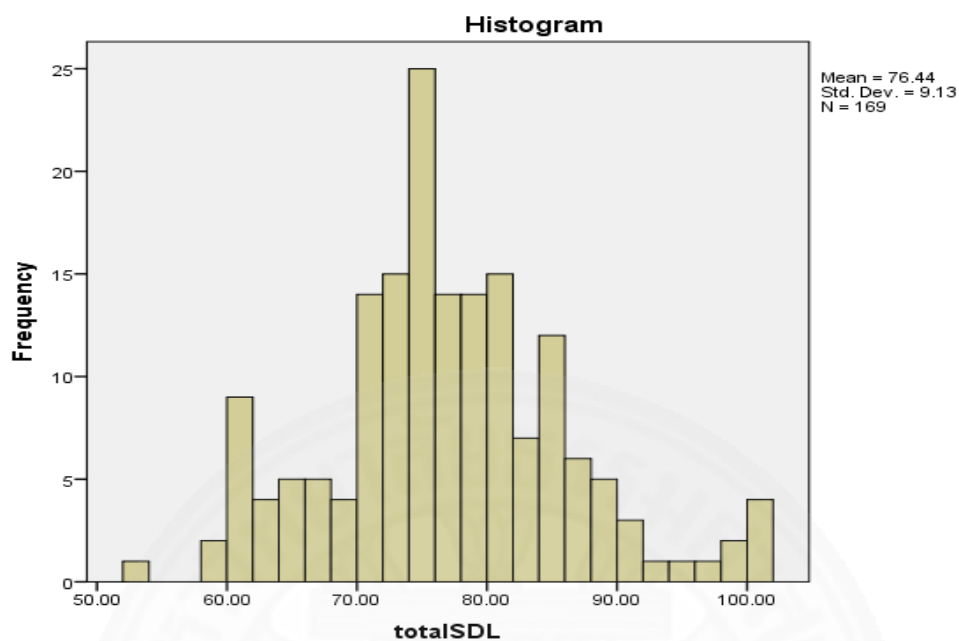
		Statistic	Std. Error
totalK	Mean	11.2367	.18791
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	10.8657
		Upper Bound	11.6077
5% Trimmed Mean		11.2893	
Median		11.0000	
Variance		5.967	
Std. Deviation		2.44284	
Minimum		1.00	
Maximum		18.00	
Range		17.00	
Interquartile Range		3.00	
Skewness		-.452	.187
Kurtosis		1.117	.371

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางขวาเล็กน้อย เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $-0.452$  หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ  $0.187$  ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ  $1.11$  หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ  $11.2$  และค่า Median เท่ากับ  $11$  ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)





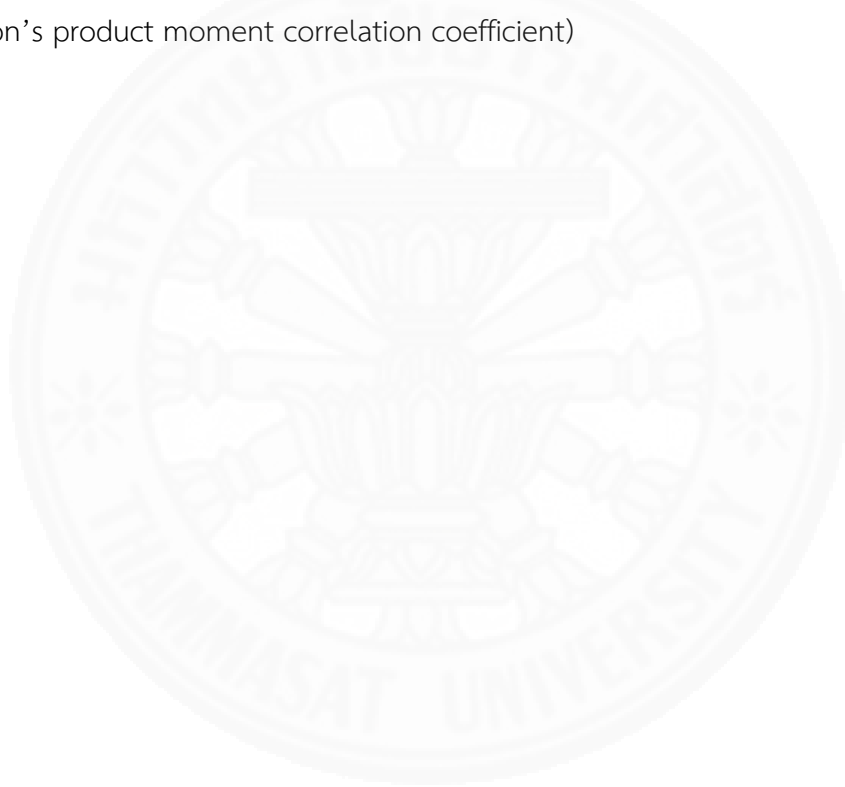
การทดสอบการกระจายข้อมูลของการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา



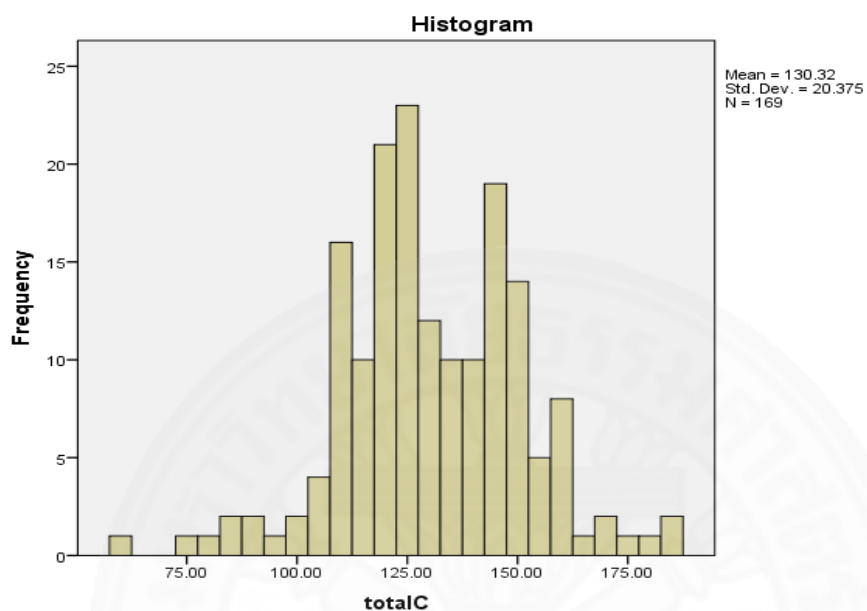
**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
totalSDL	Mean	76.4438	.70230	
	95% Confidence Interval for Lower Bound		75.0573	
	Mean Upper Bound		77.8303	
	5% Trimmed Mean		76.2206	
	Median		76.0000	
	Variance		83.355	
	Std. Deviation		9.12992	
	Minimum		53.00	
	Maximum		100.00	
	Range		47.00	
	Interquartile Range		10.50	
	Skewness		.247	.187
	Kurtosis		.360	.371

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางขวาเล็กน้อย เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .247 หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อย โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ เท่ากับ .187 ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโด่ง) มีค่าเท่ากับ .360 หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างป้าน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 76.4 และค่า Median เท่ากับ 76 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)



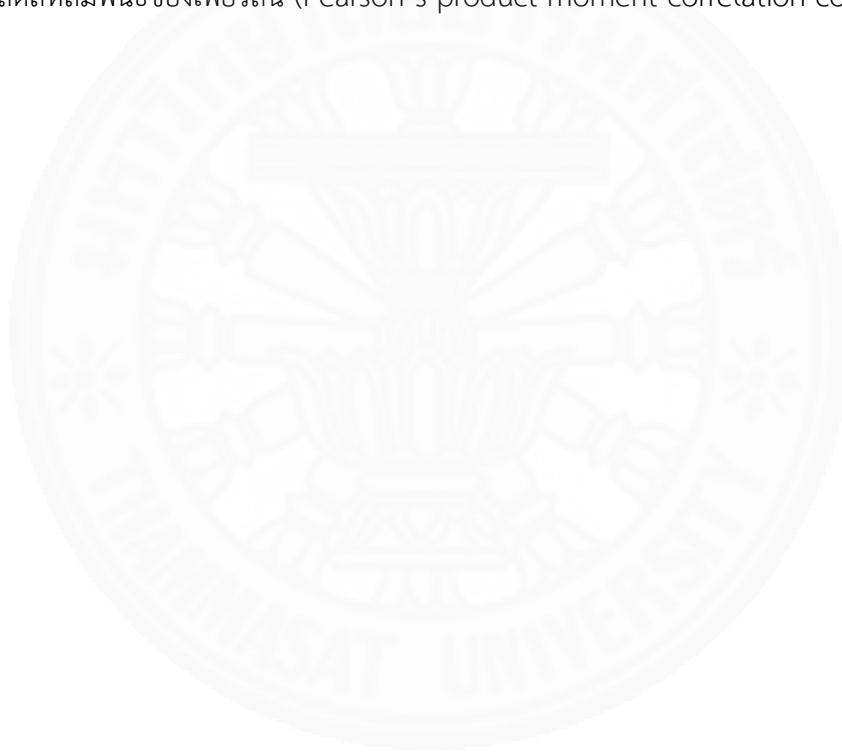
การทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



**Descriptives**

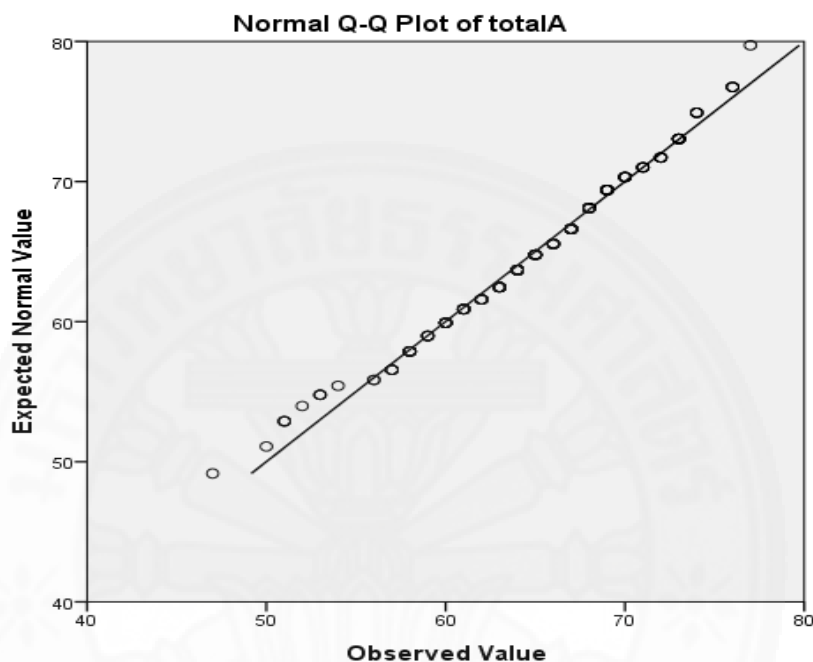
		Statistic	Std. Error	
totalC	Mean	130.3195	1.56730	
	95% Confidence Interval for Lower Bound		127.2254	
	Mean Upper Bound		133.4137	
	5% Trimmed Mean		130.5713	
	Median		128.0000	
	Variance		415.135	
	Std. Deviation		20.37487	
	Minimum		60.00	
	Maximum		185.00	
	Range		125.00	
	Interquartile Range		28.00	
	Skewness		-.142	.187
	Kurtosis		.754	.371

จากภาพกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำมีจุดโค้งเบ้ทางขวา เมื่อพิจารณาจากตาราง Descriptive ค่า Skewness (ความเบ้) ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $-0.142$  หมายความว่า การกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ เท่ากับ  $0.187$  ส่วนค่าความ Kurtosis (ความโค้ง) มีค่าเท่ากับ  $0.754$  หมายความว่า โค้งแจกแจงมีลักษณะค่อนข้างแบน เมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่าค่า Mean เท่ากับ 130 และค่า Median เท่ากับ 128 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)



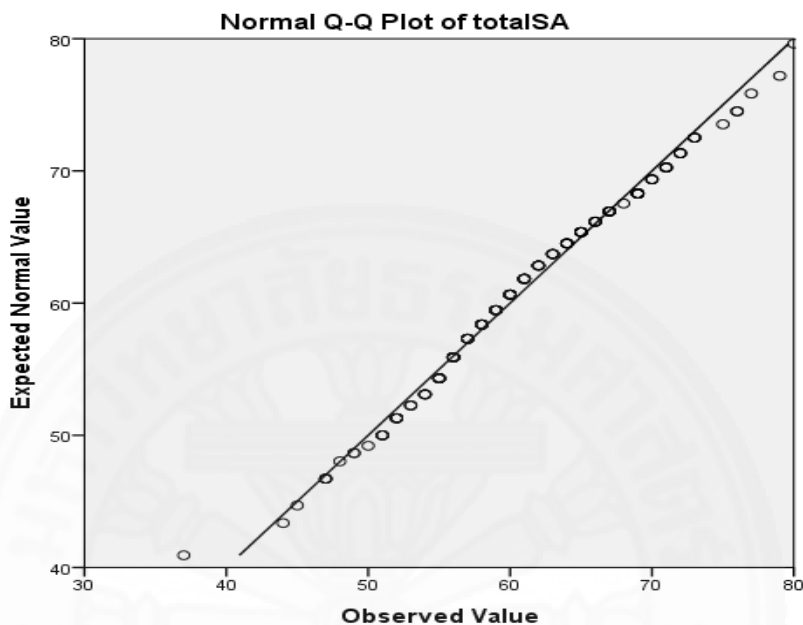
3. การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร เพื่อดูว่าลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity Relationship) หรือไม่ โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter Plot)

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจคือความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



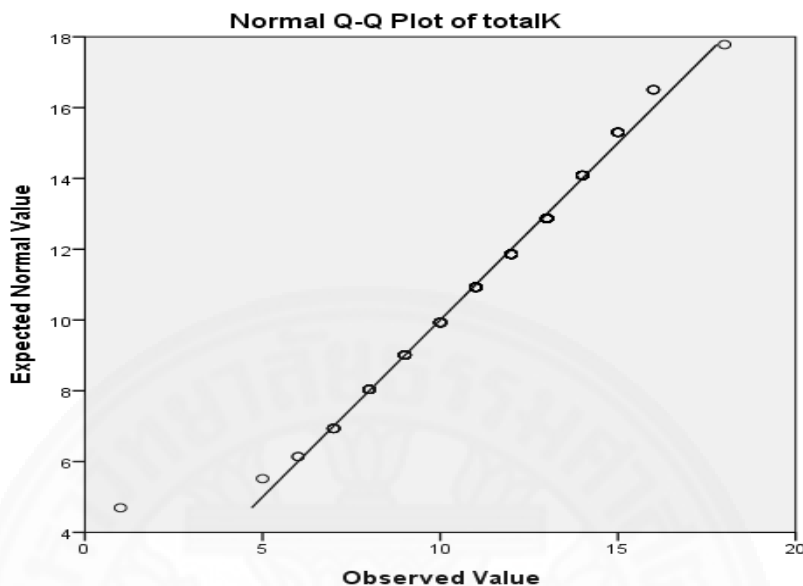
จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรที่สนใจคือความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อมูลข้อตกลงเบื้องต้นจึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรความตระหนักรู้ในตนเองกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรความตระหนักรู้ในตนเองกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อมูลข้อตกลงเบื้องต้นจึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

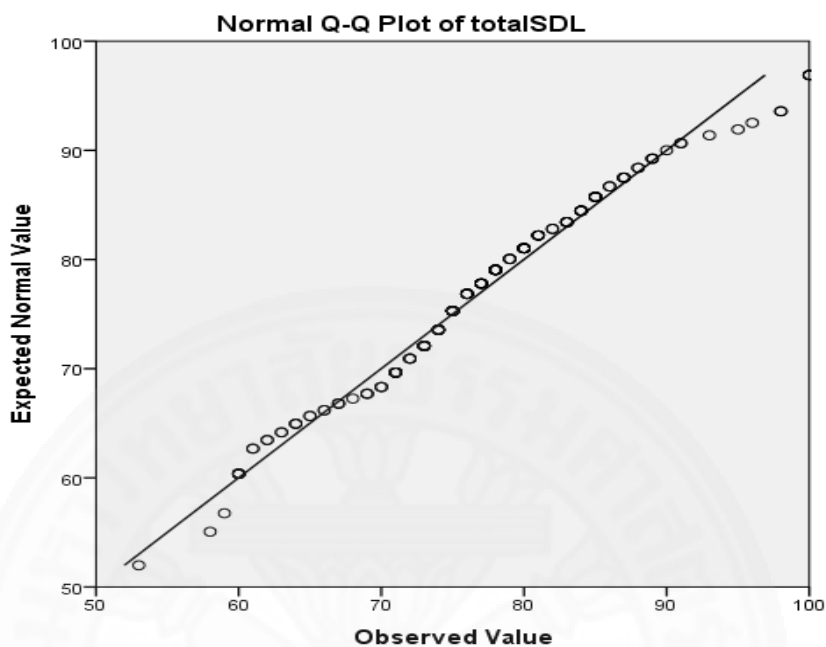
การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อมูลข้อตกลงเบื้องต้นจึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้



การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลากับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ  
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



จากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรการเรียนรู้ด้วยตนเอง  
ตลอดเวลากับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มี  
ความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังนั้นข้อมูลชุดนี้ผ่านข้อมูลข้อตกลงเบื้องต้นจึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดย  
ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้

### Palliative Care Knowledge Scale

1. Palliative care is only suitable in situations where there is evidence that the symptoms have worsened or deteriorated.
2. Morphine is used as a benchmark to compare the analgesic effects of other painkillers.
3. The severity of the disease is indicative of the pain management approach.
4. Combined therapy is vital for pain management.
5. It is important that the family members be at the patient's bedside at the moment before his/her death.
6. During the final stage of life, depression is related to an electrolyte imbalance, which can reduce the demand for sleeping pills.
7. Drug addiction is an important issue when morphine is used for pain management in the long term.
8. Those using opioid pain medications should monitor their own digestive system functioning.
9. Providing palliative care requires taking account of the patient's emotions.
10. During the final stage of the illness, drugs that can affect the respiratory system are suitable for the treatment of severe respiratory distress syndrome.
11. Men generally recover from grief faster than women.
12. The philosophy of palliative care is consistent with the philosophy of proactive healthcare.
13. A placebo is suitable for treating certain types of pain.
14. A high dosage of codeine can cause greater nausea and vomiting than a dosage of morphine.
15. Suffering and physical pain are similar.
16. Pethidine is a painkiller that cannot ease chronic pain.
17. Repeated losses inevitably cause fatigue to those involved in palliative care.
18. The nature of chronic pain is different from acute pain.
19. The grief of losing someone with whom the person has a distant relationship can be healed more easily than losing someone that is closely related.
20. Pain tolerability can decrease with anxiety or fatigue.

APPROVED BY *Paula Leado*  
Date *November 22, 2016*  
RCNBS, Faculty of Nursing, TU

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายธีระชล สาทสิน
วัน เดือน ปีเกิด	2 มกราคม 2532
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต พ.ศ. 2555
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	อาจารย์ผู้ช่วยสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต 204/3 ถ. สิรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700
ประสบการณ์ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2557) พยาบาลวิชาชีพ (ห้วงเวลา) ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน) อาจารย์ผู้ช่วยสอนสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน)
E-mail	Theerachol.satsin@gmail.com

### การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ธีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาล*, 19(1), 1-12.

Theerachol. S, Yaowarat. M, & Borwarnluck. T. (2017). Emergency Nurses' Knowledge and Competency in the Provision of Palliative Care: A Pilot Study. *The 1<sup>st</sup> International Symposium on Health Innovation and Nursing Research 2017 (HIHR 2017)* (pp 138). Thammasat University, Thailand. Feb 23-24, 2017.

Theerachol. S, Yaowarat. M, & Borwarnluck. T. (2017). EMERGENCY NURSES' COMPETENCY IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE AND RELATED FACTORS. *The 2017 International Nursing Conference on Ethics, Esthetics, and Empirics in Nursing: Driving Force for Better Health during 5-7 July, 2017 at The 60<sup>th</sup> anniversary of His Majesty the King's Accession to the Throne International Convention Center, Songkhla, Thailand and Songklanagarind Journal of Nursing.*

**FACULTY**  
OF **NURSING**



**PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY**

15 KARNJANAVANICH Rd.,  
KHOR HONG, HATYAI  
SONGKLA THAILAND, 90110  
FAX NO. 66-74-212901  
TEL. NO.66-74-286400  
66-74-286401

**International Conference on Ethics, Esthetics, and Empirics in Nursing: Driving Force  
for Better Health  
Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University  
5-7 July 2017**

Letter of Acceptance

April 30, 2017

Mr.Theerachol Satsin  
204/3 Science center 1 Room 304 Sirinthon Road,  
Bang Phlat Sub-district, Bang Phlat District, Bangkok, 10700

Dear Mr.Theerachol Satsin

I am pleased to inform you that your abstract titled: **“Emergency Nurses’ Competency in the Provision of Palliative care and Selected Factors”** has been accepted as an oral presentation. Please revise the papers as suggested and send back to the committees within 1 week. A preliminary full program detailing which day and time you will be presenting will be available on the conference website. Please check the details carefully and let us know if any changes are required.

We would like to remind you that presenting author **should register to the conference**. Please kindly do the payment for the conference as soon as possible. After do the payment, please send the transfer receipt through fax or this mail address. And please fill the registration form and send back to us.

2017 International Conference on Ethics, Esthetics, and Empirics in Nursing: Deriving Forces for Better health is being held July 5-7, 2017 at the 60 th Anniversary of His Majesty, the King’s Accession to the Throne International Convention Center, Prince of Songkhla University, Hatyai Campus, Songkhla, Thailand 90110. We would be much honored to have you as part of our international presentation.

Thank you for your participation and if you have further questions, please feel free to contact us.

Best regards,

*Wandee Suttharangsee*

Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee  
Chari of Scientific Committee  
E-mail: wandee.s@psu.ac.th  
Tel.: +66-897385050

MOU 0521.1.05/030



ISSN0125-8958

SONGKLANAGARIN JOURNAL OF NURSING

June 23, 2017

RE: Acceptance of article

Dear Theerachol Satsin,

Regarding your submission of article Emergency Nurses' Competency in the Provision of Palliative care and Related Factors: Authors including Theerachol Satsin, Yaowarat Matchim, Borearnluck Thammasat. This article will be published in Songklanakarind Journal of Nursing Vol. 37 No. Supplement July Year 2017.

Congratulation and we hope to receive further articles from you in the future. We would also like take this opportunity to sincerely thank you for your contribution.

(Assoc. Prof. Dr. Waraporn Kongsuwan)

Journal Editor

Songklanakarind Journal of Nursing

Faculty of Nursing, Prince of Songkla Songkla University

Hat-Yai sub-district, Songkla Province, 90112

Tel. 074-28652 Fax: 074-286421

E-mail : [sjnpsu@psu.ac.th](mailto:sjnpsu@psu.ac.th)