



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง  
ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

โดย

นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2566

FACTORS RELATED TO PALLIATIVE CARE BEHAVIOURS OF  
NURSES AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE

BY

UNCHISA RATTANAKUNUPRAKARN



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS  
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE  
ADULT AND OLDER ADULT NURSING  
FACULTY OF NURSING  
THAMMASAT UNIVERSITY  
ACADEMIC YEAR 2023

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ


เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง  
ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว


ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2566


ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)


กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี)


กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุณฑริกา ชาตรีวัฒนกุล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

คณบดี

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ชื่อผู้เขียน	นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญชริกา ชาตรีวัฒนกุล
ปีการศึกษา	2566

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคิดในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 365 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3) แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง 4) แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง 5) แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง และ 6) แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าเท่ากับ .91, .92, .92, 1.00 และ .88 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองใช้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [KR-20]) มีค่าเท่ากับ .81 นอกจากนี้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล



แบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ .94, .84, .82 และ .97 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 35.21 (S.D. = 5.87) ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 81.66 (S.D. = 6.24) การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.18 (S.D. = 8.68) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.82 (S.D. = 2.96) และพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.41 (S.D. = 19.52) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .420, p < .01, r = .429, p < .01, r = .615, p < .01$ ) แต่การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.309, p < .01$ )

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งการลดอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง, ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง, การรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง, ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

Thesis Title	FACTORS RELATED TO PALLIATIVE CARE BEHAVIOURS OF NURSES AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE
Author	Miss Unchisa Rattanakunuprakarn
Degree	Master of Nursing Science
Major Field/Faculty/University	Adult and Older Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Borwarnluck Thongthawee, Ph.D., RN
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Buntarika Chatreewatanakul, Ph.D., RN
Academic Year	2023

## ABSTRACT

This descriptive correlational study aimed to 1) examine the level of nurses' palliative care behaviors for heart failure patients, palliative care knowledge, palliative care attitude, perceived barriers to care for heart failure patients, digital health technology skills, and 2) examine correlations between palliative care knowledge, palliative care attitude, perceived barriers to care for heart failure patients, digital health technology skills and nurses' palliative care behaviors for heart failure patients. The participants consisted of 365 registered nurses working in general medicine wards, specialty wards, and intensive care units in Health Region 4. The instruments used for data collection included: 1) a demographic data form 2) Nurses' Behavior in Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire [NBPC-HF] 3) Palliative Care Knowledge Questionnaire [PCKQ] 4) Palliative Care Attitude Questionnaire [PCAQ] 5) The Perceived Barriers to Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire [PBPC-HF] 6) Digital Health Technology Skills Questionnaire [DHTSQ] was tested for content validity by five experts and yielded CVI of .91, .92, .92,

1.00, and .88. For reliability analysis, the Kuder-Richardson [KR-20] coefficient for PCKQ was .84. In addition, the NBPC-HF, PCAQ, PBPC-HF, and DHTSQ represented Cronbach's alphas of .81, .94, .82, and .97 respectively.

Descriptive statistics were used to analyze demographic data, the level of nurses' palliative care behaviors for heart failure patients, palliative care knowledge, palliative care attitude, perceived barriers to care for heart failure patients, and digital health technology skills. Pearson's product-moment correlation was used to test for bivariate correlations. The results show that the participants' behaviors for heart failure patients were moderate ( $\bar{x} = 86.41$ , S.D. = 19.52), palliative care knowledge was moderate ( $\bar{x} = 35.21$ , S.D. = 5.87), palliative care attitude was moderate ( $\bar{x} = 81.66$ , S.D. = 6.24), and perceived barriers to care for heart failure patients were high ( $\bar{x} = 49.18$ , S.D. = 8.68), and digital health technology skills were low ( $\bar{x} = 10.82$ , S.D. = 2.96). The results of the correlation analysis revealed that palliative care knowledge, palliative care attitude, and digital health technology skills were positively correlated with nurses' palliative care behaviors for heart failure patients ( $r = .420$ ,  $p < .01$ ,  $r = .42$ ,  $p < .01$ ,  $r = .615$ ,  $p < .01$ ). However, perceived barriers to care for heart failure patients were negatively correlated with nurses' palliative care behaviors for heart failure patients ( $r = -.309$ ,  $p < .01$ ).

The results of this study revealed that increasing palliative care knowledge, having a positive palliative care attitude, improving digital health technology skills, and reducing the barriers to care for heart failure patients can promote more positive behavior.

**Keywords:** palliative care for heart failure patients, palliative care knowledge, palliative care attitude, perceived barriers to care for heart failure patients, digital health technology skills

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะแนวทาง อีกทั้งให้ความเมตตา เสียสละเวลา และให้กำลังใจ ดิฉันในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญทริกา ชาตรีวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา ให้ข้อเสนอแนะแนวทาง และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเป็นกรรมการพิจารณากลับกรองวิทยานิพนธ์ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุง วิทยานิพนธ์เพื่อให้ความสมบูรณ์มากขึ้น อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. เขารัตน์ มัชฌิม ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจมา โดยตลอด รวมถึงขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ที่คอยช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความกรุณาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยนี้ และเจ้าหน้าที่ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท และโรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่คอยสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณนักศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งรุ่นพี่ รุ่นเพื่อนและรุ่นน้อง ที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทาง ช่วยเหลือเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอน อีกทั้งร่วมกัน ฝ่าฝืนอุปสรรคและให้กำลังใจมาตลอด ตั้งแต่ที่ได้ศึกษาในหลักสูตรนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่ดี เสมอมาทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี

อัญชิสา รัตนคุณูปการ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(14)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	9
1.5 ขอบเขตการวิจัย	9
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	10
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	12
1.8 สมมติฐานการวิจัย	15
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	18
2.1.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	18

2.1.2	พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว	20
2.1.3	การดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว	24
2.1.4	แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว	26
2.1.5	ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง	31
2.1.6	ข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง	32
2.1.7	แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	34
2.2	พฤติกรรมกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	39
2.2.1	องค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	39
2.2.2	พฤติกรรมกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	41
2.2.3	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	51
2.2.4	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	54
2.3	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	57
2.3.1	ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	57
2.3.2	ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	58
2.3.2.1	แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	58
2.3.2.2	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	59
2.3.2.3	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	62
2.3.3	ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	64
2.3.3.1	แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	64
2.3.3.2	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	65
2.3.3.3	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	67

2.3.4 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง	69
2.3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบ ประคับประคอง	69
2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบ ประคับประคอง	69
2.3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบ ประคับประคอง	71
2.3.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	73
2.3.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	73
2.3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ทางสุขภาพ	77
2.3.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	79
2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	81
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	82
3.1 รูปแบบการวิจัย	82
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	82
3.2.1 ประชากร	82
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	82
3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	82
3.2.4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	83
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	85
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	92
3.4.1 การแปลภาษาของเครื่องมือ	92
3.4.2 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)	93
3.4.3 การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)	94
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	95
3.5.1 ชั้นเตรียมการ	95
3.5.2 ชั้นดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล	95
3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	96

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	97
3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	97
3.7.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของ พยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	98
 บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	 99
4.1 การนำเสนอผลการวิจัย	101
4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	101
4.1.2 ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของ พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	105
4.1.3 ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	113
4.1.4 ส่วนที่ 4 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง	117
4.1.5 ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับ ประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	118
4.1.6 ส่วนที่ 6 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	120
4.1.7 ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการ ดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และ ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการ ดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	124
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	126
4.2.1 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	126
4.2.2 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	132
4.2.3 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง	136
4.2.4 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว	137



4.2.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	138
4.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่	141
ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	148
5.1 สรุปผลการวิจัย	148
5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	152
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	154
รายการอ้างอิง	155
ภาคผนวก	181
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	182
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	201
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการวิจัย	205
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	218
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	226
ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน	247
ภาคผนวก ช ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครื่องมือ	268
ภาคผนวก ซ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	279
ประวัติผู้วิจัย	302

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 การสุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล	85
3.2 เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ในส่วนลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ	88
3.3 เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	89
4.1 สรุปรูปบริบทการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลที่ศึกษา	100
4.2 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	102
4.3 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ภาพรวม)	106
4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน)	106
4.5 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาล (ภาพรวม)	114
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และ ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน)	114
4.7 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาล (ภาพรวม)	117
4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง และ ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน)	118
4.9 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพยาบาล (ภาพรวม)	119
4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน)	119
4.11 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพของพยาบาล (ภาพรวม)	121

4.12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพของพยาบาล และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน)	121
4.13	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	125
4.14	การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) ระหว่าง พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	125
จ.1	แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	227
จ.2	แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	229
จ.3	แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	232
จ.4	แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบ ประคับประคอง	233
จ.5	แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	234
จ.6	การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) และ เปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย	237
จ.7	การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อ ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	237
จ.8	การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อของ แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	239
จ.9	การหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินความรู้ในการ ดูแลแบบประคับประคอง	241
จ.10	การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อ ของแบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	245
จ.11	การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อ ของแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบ ประคับประคอง	246
จ.12	การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อ ของแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	247
ฉ.1	การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก	248

ฉ.2	การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล	249
ฉ.3	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก	255
ฉ.4	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล	262
ฉ.5	การวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก	264
ฉ.6	การวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก	265
ฉ.7	การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล	268
ช.1	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (เรียงลำดับข้อความจากคะแนนน้อยไปมาก)	269
ช.2	ร้อยละจำนวนข้อที่ตอบถูกต้องของแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เรียงลำดับข้อความจากคะแนนน้อยไปมาก)	273
ช.3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง (เรียงลำดับข้อความจากคะแนนน้อยไปมาก)	276
ช.4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง (เรียงลำดับข้อความจากคะแนนมากไปน้อย)	277
ช.5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ (เรียงลำดับข้อความจากคะแนนน้อยไปมาก)	278

## สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	14
2.1 แนวการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลว	24
2.2 แนวการดำเนินโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกมิติสุขภาพ	25
2.3 การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในแต่ละระยะ	35
2.4 การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลว	36
2.5 รูปแบบระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Kaplan-Meier curve of survival for people with heart failure)	41
3.1 การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง	84
ฉ.1 การแจกแจงข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพิจารณาจาก Normal Q-Q plot	250
ฉ.2 การแจกแจงข้อมูลของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพิจารณา จาก Normal Q-Q plot	250
ฉ.3 การแจกแจงข้อมูลของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพิจารณา จาก Normal Q-Q plot	251
ฉ.4 การแจกแจงข้อมูลของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบ ประคับประคอง โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot	251
ฉ.5 การแจกแจงข้อมูลของทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot	252
ฉ.6 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	253
ฉ.7 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	253

ฉ.8	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	254
ฉ.9	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	254
ฉ.10	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรเพศและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	256
ฉ.11	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอายุและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	256
ฉ.12	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรสถานภาพและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	257
ฉ.13	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	257
ฉ.14	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรศาสนาและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	258
ฉ.15	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรหอผู้ป่วยในปัจจุบันและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	258
ฉ.16	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	259
ฉ.17	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	259
ฉ.18	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	260

ฉ.19	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	260
ฉ.20	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี NYHA Classification 3-4 และพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	261
ฉ.21	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	261
ฉ.22	การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	262
ซ.1	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	280

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปีค.ศ. 2020 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2021) โดยมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน ส่วนในปีค.ศ. 2020 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง 64.3 ล้านคน ซึ่งมีความชุกร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ (Groenewegen et al., 2020) ในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจจัดอยู่ในสองอันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตหลัก และอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคนี้นี้มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปีพ.ศ. 2558-2562 เท่ากับร้อยละ 61.87, 69.69, 67.59, 67.73 และ 74.45 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 25 ใน 1 เดือน (Lupon et al., 2018) อีกทั้งในการศึกษาของเทลเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2019) พบว่า หลังจากที่ได้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 และ 10 ปี เท่ากับร้อยละ 45.5 และ 24.5 ตามลำดับ โดยอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 5.5 และพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติจากการทำงานของหัวใจ ในส่วนเยื่อหุ้มหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานลดลง (HFrEF) ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ทำให้มีการคั่งของน้ำที่ปอด และส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบาย อีกทั้งหากมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจลำบาก และอาจถึงขั้นเสียชีวิต (รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิช และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2561; European Society of Cardiology, 2021)

อาการรบกวนที่เกิดจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และอาการปวด (ร้อยละ 91.3) (Selman et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าอาจก่อให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวล จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น (Strangl et al., 2023) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตลดลง



(Aggelopoulou et al., 2017) อีกทั้งจากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และส่งผลให้มีอัตราการรอดชีวิตลดลง (Murray et al., 2005; รั้งสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561)

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้ยารักษาหลายกลุ่มเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยบางรายที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อาจต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และการผ่าตัดเข้ามาช่วยในการรักษา (European Society of Cardiology, 2021) ซึ่งทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เฉลี่ยประมาณ 10-20 วัน และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา เฉลี่ยรวมทั่วโลกประมาณ 27,616 พันล้านบาทต่อปี (Lowey, 2018; Pimtara & Rongmuang, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับที่ 4 (New York Heart Association Functional Classification [NYHA] class IV) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมามากที่สุด จึงต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการรักษาจำนวนมาก (Urbich et al., 2020) จากการศึกษาของ ทาคาฮิโร และคณะ (Takahiro et al., 2018) พบว่า การดำเนินโรคที่ไม่ชัดเจนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ไม่สามารถคาดการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ (Cardiac arrest) จึงมีแนวโน้มจะเสียชีวิตได้ก่อนระยะเวลาที่คาดไว้ การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation [CPR]) จึงมีความสำคัญมาก แต่การช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งการยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีบางอย่าง อาจเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และทำให้การตายของผู้ป่วยไม่สงบ (รัตนภรณ์ สังข์ทอง, 2565; วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2559) ในปัจจุบันจึงมีการนำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (Lowey, 2018; European Society of Cardiology, 2021)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลที่ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ บรรเทาความปวดหรือบรรเทาอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ทั้งกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย ตลอดจนความทุกข์ของญาติผู้ป่วยระหว่างการรักษาและช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการเสียชีวิต (World Health Organization, 2018) ซึ่งคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น (WHO, 2014; Buss et al., 2017) ซึ่งคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 56.8 ล้านคน

ที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการ การดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Buss et al., 2017; WHO, 2020)

ในประเทศไทยได้นำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และมีนโยบาย ยุทธศาสตร์เพื่อให้การสนับสนุน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการดูแล แบบประคับประคองเพิ่มขึ้น อีกทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองทั้งในกลุ่มที่เป็น โรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) จากการสำรวจผู้ป่วยที่ ต้องการเข้ารับบริการแบบประคับประคองทั่วโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองสูงเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 38.5 (WHO, 2020) ดังนั้น จึงมีการกำหนด เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์, 2563) ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการดูแลทางด้านจิตใจ ลดความ วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้วางแผนดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความพึงพอใจให้กับ ผู้ป่วยและครอบครัว และส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (McIlvennan & Allen, 2016; Spall et al., 2017; Rogers et al., 2017)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากร ทางการแพทย์ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก พยาบาลมีความ ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และอยู่กับผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาในการรักษาตั้งแต่แรกวินิจฉัยตลอดจนกระทั่งช่วงเวลา เสียชีวิต (Chanaphon et al., 2020) ดังนั้น การที่พยาบาลมีความสามารถในการดูแลแบบ ประคับประคองจะมีผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างมาก หากพยาบาลมี พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงแสดงถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น (Sukcharoen & Klumrat, 2015) นอกจากนี้ ยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของ พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนว่า การมีพฤติกรรมในการ ดูแลแบบประคับประคองในระดับสูงจะส่งผลต่อคุณภาพการตายดีเพิ่มขึ้น (Matchim et al., 2022) ในทางกลับกัน หากพยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองต่ำจะส่งผลให้การจัดการกับ อาการไม่สุขสบายและการจัดการกับความโศกเศร้าไม่มีคุณภาพ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลลดลง (Mularski et al., 2017)

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology, 2009) และจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Kim et al., 2014; Ziehm et al., 2016; Bierle et al., 2021)

ประกอบด้วยพฤติกรรมทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินการดำเนินโรค 2) การประเมินและจัดการอาการ ไม่สุขสบาย 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7) การดูแลทางจิตวิญญาณและ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต ซึ่งการที่พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ ดังนั้น การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และจะต้องทราบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของพยาบาล แบ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลแบบประคับประคอง (นุชนาถ ศรีสุวรรณ และคณะ, 2557; วาริน่า หนูพินิจ, 2559; ศศิวิมล ปานูราช; 2560; Prachyakoon, 2017; Cha et al., 2019) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติ ต่อความตาย (จีระชล สาทสิน, 2559; วาริน่า หนูพินิจ, 2559; ศศิวิมล ปานูราช; 2560; Kim et al., 2014) การรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง (Thepsaw et al., 2018) ความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (Jehloh, 2014; ศศิวิมล ปานูราช; 2560) ความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง (Kim et al., 2020) ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (จีระชล สาทสิน, 2559) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ บรรยากาศองค์การ (วาริน่า หนูพินิจ, 2559; ศศิวิมล ปานูราช; 2560) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ (KAP model) ของลอเนียลา (Launiala, 2009) มาเลือกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้ จะมีผลต่อทศนคติ ก่อให้เกิดทักษะและส่งผลต่อการเกิดการปฏิบัติต่อไป อีกทั้งการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยในการแปลความหมายและประมวลผลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ ในปัจจุบัน (Ziehm, 2016; Mill et al., 2021) จึงอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเช่นเดียวกัน

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจาก ความรู้เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้บุคคลแสดงสมรรถนะ หากมีความรู้มาก อาจปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ ริเซีย และคณะ (Ricea et al., 2015) พบว่า

พยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล ปานูราช (2560) พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .244, p < .01$ ) ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดี จะสามารถดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แบบเป็นองค์รวม (Alpert et al., 2017) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของพิสเตอร์ และคณะ (Pfister et al., 2013) พบว่า ความรู้ของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจาก พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ และแต่ละบุคคลนำความรู้มาประยุกต์มาใช้ในการพยาบาลแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ชูลิพร พรหมพาหกุล และคณะ, 2565) อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลที่ยืนยันแน่ชัดเกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากความรู้ดังกล่าวมาแล้ว ทักษะคิดในการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจาก ทักษะคิดเป็นการตอบสนองของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ โดยทักษะคิดที่ดีทำให้บุคคลเชื่อว่ามียุทธวิธีในด้านบวกต่อตนเองและผู้อื่นและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Ajzen, 1988) จากการศึกษาของคิมและหวาง (Kim & Hwang, 2014) ซึ่งศึกษาทักษะคิดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ทักษะคิดของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .223, p < .05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่มีทักษะคิดที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับที่สูง (Lin et al., 2021) ดังนั้น พยาบาลที่มีทักษะคิดที่ดีในการดูแลแบบประคับประคอง จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Kim et al., 2020) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมยังพบผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันของ ชูลิพร พรหมพาหกุล และคณะ (2565) พบว่า ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม การศึกษาทักษะคิดในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่

เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และยังไม่พบข้อมูลยืนยันแน่ชัดเกี่ยวกับการศึกษาประเด็นดังกล่าวในประเทศไทย

การเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ หากมีการรับรู้หรือแปลความหมายไปในทางที่ดี ไม่เป็นอุปสรรค จะส่งผลให้พยาบาลมีแนวโน้มในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี หากรับรู้ในทางที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดอุปสรรคในการให้การพยาบาลและส่งผลให้พยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติสิ่งนั้นหรือมีเจตคติที่ไม่ดีตามมา (Romano, 2020) การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของจินตนา เทพเสาร์ และคณะ (2562) พบว่า อุปสรรคในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.23, p < .05$ ) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ จิรวัดน์ ประคองพันธ์ (2565) พบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของวรณกร พบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ภาระงานหนัก ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การดำเนินของโรคที่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ ขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย และขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ (Ziehm et al., 2016; Fairlamb & Murtagh, 2020) แต่ยังไม่พบข้อมูลยืนยันที่แน่ชัดในการศึกษาด้านการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก และได้ถูกนำมาใช้ในระบบสาธารณสุขไทย เช่น การใช้อุปกรณ์พกพาในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพ (Mobile Health) เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record) การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นต้น (Mills et al., 2019; Huter et al., 2020) หน่วยงานบริการสาธารณสุขทั่วโลก ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้รูปแบบการแพทย์เปลี่ยนวิถี (Disruptive medicine) ซึ่งจะใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบัน (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2563; อังคณา จงเจริญ และวุฒิพงษ์ เชื้อมนอก, 2564) จากการศึกษา พบว่า ในการดูแลแบบประคับประคองได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดต่อสื่อสารกับญาติ การติดตามอาการผู้ป่วย และการสอนผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านเพิ่มมากขึ้น (Mills et al., 2019) อีกทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรัง ไม่สามารถหายขาดได้ จึงต้องมีการติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง



และในผู้ป่วยบางรายต้องใช้เทคโนโลยีสุขภาพและการผ่าตัด ซึ่งอาจมีความซับซ้อนในการดูแล และความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในปัจจุบัน จึงมีการติดตามอย่างใกล้ชิดผ่านอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องก้าวทันการเปลี่ยนแปลงในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (ภัทรวิภา วงศ์อนันต์นนท์, 2557) ซึ่งทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เป็นทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการปฏิบัติงานและการสื่อสารกับผู้อื่น องค์ประกอบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) 2) ด้านการมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) 3) ด้านคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) 4) ด้านการใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) และ 5) ด้านเทคโนโลยี (Technology) หากพยาบาลมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสูงจะสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีแนวโน้มที่จะเลือกการดูแลที่เหมาะสม ทันสมัย และมีประสิทธิภาพมาใช้ในการพยาบาล (Terry et al., 2019; Singhal & Cowie, 2021; Isidori et al., 2022) ดังนั้น ในปัจจุบันทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจึงเป็นทักษะสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการรวบรวมข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนประจำปี พ.ศ. 2564 ประชากรในเขตสุขภาพที่ 4 พบอัตราผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับที่สองของประชากรในพื้นที่ และพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากเป็นสามอันดับแรก และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2564 มีจำนวน 206.89 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2564) อีกทั้งมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562-2564 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4, 2564) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ต้องได้รับการดูแลระยะยาวและต้องเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพ (Ginggeaw & Nusara, 2019) จึงอาจพบผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปัจจุบันมีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคมะเร็ง เนื่องจาก การดำเนินโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงส่งผลให้เสียชีวิตได้ ซึ่งคาดการณ์ได้ยาก จึงพบการนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวน้อย โดยในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะพบการศึกษาในโรคมะเร็ง และไม่ข้อมูลยืนยันที่แน่ชัดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพยาบาลมีความสำคัญมากในการนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลแบบ

ระดับประคองต่ำจะส่งผลให้การดูแลแบบประคองไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.2.2 เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพ
- 1.2.3 เพื่อศึกษาระดับทัศนคติในการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพ
- 1.2.4 เพื่อศึกษาระดับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพ
- 1.2.5 เพื่อศึกษาระดับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
- 1.2.6 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## 1.3 คำถามการวิจัย

- 1.3.1 พฤติกรรมการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับใด
- 1.3.2 ความรู้ในการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับใด
- 1.3.3 ทัศนคติในการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับใด

1.3.4 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับใด

1.3.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับใด

1.3.6 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ อย่างไร

#### 1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.4.2 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

1.4.3 ทักษะการดูแลแบบประคับประคอง

1.4.4 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.4.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

#### 1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตบริการที่ 4 โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤตมาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association) พ.ศ. 2563 อย่างน้อย 3 ราย



## 1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**1.6.1 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง** หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะตามเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อใช้การดูแลแบบประคับประคองของกรมการแพทย์ในปีพ.ศ. 2563 ซึ่งต้องมีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association)

**1.6.2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) การประเมินการดำเนินโรค 2) การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7) การดูแลทางจิตวิญญาณ และ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Kim et al., 2014; Ziehm et al., 2016; Bierle et al., 2021) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูง ส่วนคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำ

**1.6.3 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง** หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษา ค้นคว้า ประสบการณ์ ทักษะ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นโดยดริกาพรรณแสง (2564) มีจำนวนข้อคำถาม 52 ข้อ ครอบคลุมความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล 2) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4) อาการและการจัดการอาการ 5) จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ และ 6) การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย ลักษณะคำตอบในแต่ละด้านแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) แบบให้เลือกตอบถูกผิด และไม่ทราบ และ 2) แบบคำตอบหลายตัวเลือก ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ความรู้ในการ

ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

**1.6.4 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง** หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกและการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยดัดแปลงจากแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นโดยชนิดธูา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) เป็นแบบประเมินความรู้สึกความเชื่อและความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองดี ส่วนคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองไม่ดี

**1.6.5 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง** หมายถึง การรับรู้สิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหรือการแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Barriers to palliative care questionnaire in heart failure patients) ของซีเอม (Ziehm, 2016) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านระบบการดูแล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประคับประคองในมาก ส่วนคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประคับประคองในระดับน้อย

**1.6.6 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ** หมายถึง ทักษะและความสามารถของพยาบาลวิชาชีพด้านดิจิทัลในการใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยผู้วิจัยสร้างแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจากแนวคิดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (National Nursing and Midwifery Digital Health Capability Framework) (Australian Digital Health Agency, 2020) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) 2) ด้านการมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) 3) ด้านคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) 4) ด้านการใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled

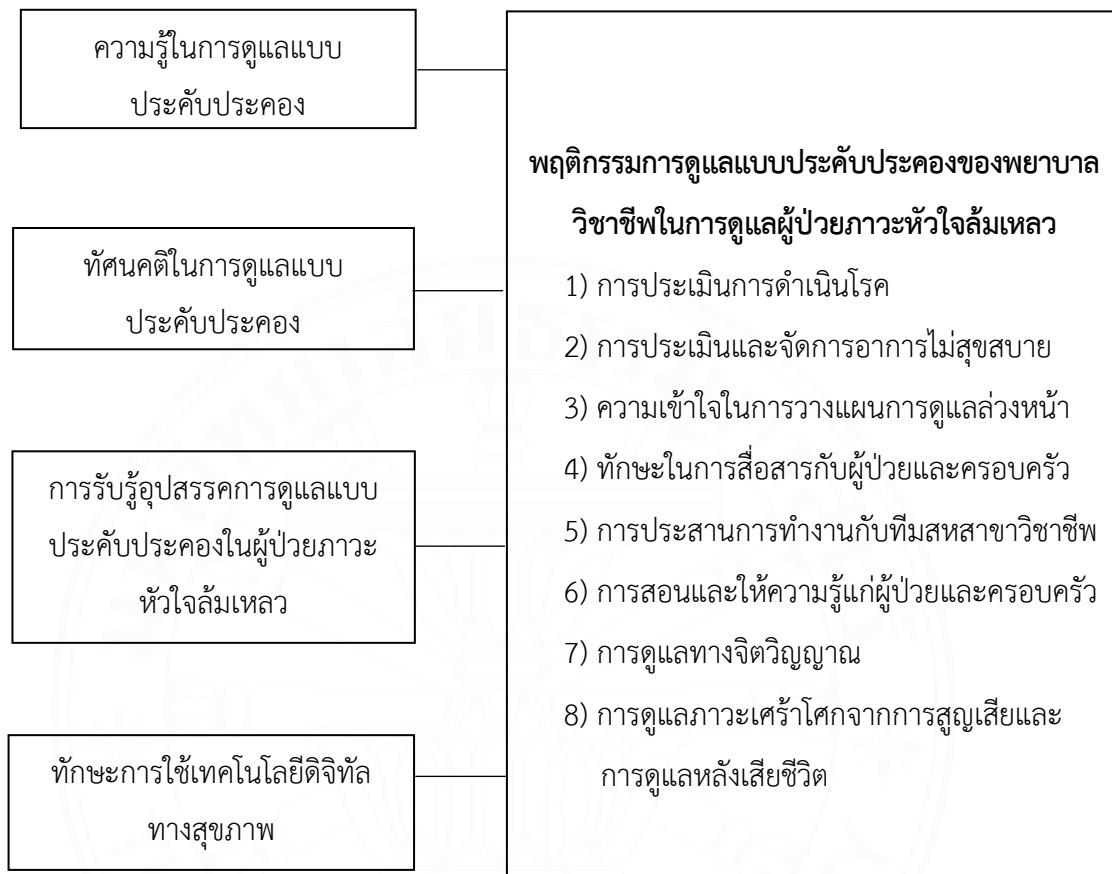
Care) และ 5) ด้านเทคโนโลยี (Technology) ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับมาก ส่วนคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับน้อย

### 1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดแนวคิดความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP model) ของลอเนียลา (Launiala, 2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Ziehm et al., 2016; Fairlamb & Murtagh, 2020; Ziehm, 2016; Mill et al., 2021; Singhal & Cowie, 2021) พบว่า ความรู้ ทักษะ และทักษะจะมีผลต่อการปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้จะส่งผลต่อทัศนคติ ซึ่งความรู้และทัศนคติที่ดีจะทำการปฏิบัติขึ้น เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ ได้รับการส่งเสริมประสบการณ์จนเกิดทักษะ จะส่งผลให้แสดงพฤติกรรมขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ในปัจจุบันอุปสรรคเป็นสิ่งที่ยุคคลรับรู้และแปลความหมายว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เป็นทักษะที่สำคัญและส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ดังนั้น ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในงานวิจัยนี้

นอกจากนี้ ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้จากการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Kim et al., 2014; Ziehm et al., 2016; Bierle et al., 2021) ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินการดำเนินโรค เป็นการคาดการณ์อัตราการรอดชีวิต การทราบระยะความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้การดูแลแบบประคับประคอง 2) การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย รวมทั้งการจัดการอาการปวด เป็นกรมีความรู้ และทักษะในการประเมินอาการต่างๆ ดูแลควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมานรวมทั้งส่งเสริมความสุขสบายจากอาการรบกวนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นการเข้าใจและมีการเตรียมการเพื่อร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการมีความรู้ ความเข้าใจหลักแนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวมีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับทราบความจริงและข่าวร้าย และการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน และให้คำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัว ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีความรู้และมีความสามารถในการจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 7) การดูแลทางจิตวิญญาณ เป็นการมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตน เคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล และ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต เป็นการมีความรู้ ความเข้าใจและประเมินเกี่ยวกับความสูญเสีย ความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้สามารถปรับตัวกับความสูญเสียหรือความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญ หากครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถปรับตัวได้ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงในแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.8.2 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.8.3 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.8.4 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## 1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อทำให้เกิดการดูแลเป็นมาตรฐานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.9.2 ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.1.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.2 พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.3 การดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.4 แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.5 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.1.6 ข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง
- 2.1.7 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 2.2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.2.1 องค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล
- 2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model)
- 2.3.2 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

- 2.3.3 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.3.4 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง
  - 2.3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.3.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ
  - 2.3.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ
  - 2.3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ
  - 2.3.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

## 2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ จึงทำให้การสูบฉีดเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำภายในร่างกาย ทำให้มีความรุนแรงของโรคมามากยิ่งขึ้น จนต้องได้รับการรักษาด้วยยาหรือเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้น หรืออาจจะทำให้เสียชีวิตได้ (European Society of Cardiology, 2021)

### 2.1.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 2.1.1.1 สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause)

เป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Carelock & Clark, 2001; Fonarow et al., 2008; รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561)

(1) ปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น หรือหัวใจบีบแรงมากเกินไป (Pressure overload) เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป หัวใจห้องล่างจะรับได้ ทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Dewalt et al., 2006; European Society of Cardiology, 2021)

(2) การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เป็นต้น ส่งผลให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจทำได้อย่างไม่เต็มที่ (รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, 2561)

(3) ภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจ ได้แก่ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบกดจากการมีปริมาณของเหลว เช่น น้ำ หนอง หรือเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Malik et al., 2021)

2.1.1.2 สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เพิ่มการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่

#### (1) การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ

เป็นภาวะที่หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ซึ่งทำให้ลดช่วงเวลาในการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและส่งผลให้

เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562; European Society of Cardiology, 2021)

### (2) การอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด

การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวน้อย จะมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกราน จะเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันที่ปอดอาจจะทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลันทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้นเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (Malik et al., 2021)

### (3) การติดเชื้

การติดเชื้อจะทำให้เพิ่มความต้องการการเผาผลาญ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ออกซิเจนในเลือดต่ำ และทำให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (European Society of Cardiology, 2021)

### (4) ภาวะโลหิตจาง

หัวใจจะทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง หัวใจจึงเร่งการทำงานเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562; European Society of Cardiology, 2021)

### (5) ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

เมื่อมีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูงทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้นจนอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Carelock & Clark, 2001; รังสฤษฏ์ กายูจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561)

### (6) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันมากเกินไป การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด พฤติกรรมเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าสาเหตุอื่น (Malik et al., 2021)

สรุปได้ว่า มีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งเป็น สาเหตุพื้นฐาน ได้แก่ การทำงานของหัวใจที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติและภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจ และสาเหตุชักนำ ได้แก่ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด การติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้โรครมีความรุนแรงมากขึ้น หากมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมเสี่ยงจะช่วยลดโอกาสและความรุนแรงในการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

## 2.1.2 พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง

### 2.1.2.1 พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้หัวใจมีกำลังสำรองลดลงอย่างมาก หัวใจจึงไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และมีกลไกการชดเชยของร่างกาย (Compensatory mechanisms) โดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) โดยหลั่งสารในระบบประสาทและฮอร์โมน (Neurohormonal mediators) ต่าง ๆ ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ จากนั้นหลอดเลือดดำจะมีการหดตัวเพิ่ม จากการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) หัวใจจึงมีการบีบตัวเร็วและแรงขึ้น มีการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียม ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น (Myocardial hypertrophy) และกล้ามเนื้อของหัวใจจะถูกยืดขยายมากขึ้น เพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น จึงทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง เพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวอย่างผิดปกติ ซึ่งกลไกการชดเชยเหล่านี้จะช่วยปรับให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจส่งออกต่อ นาทีเป็นปกติ หากปรับสภาพได้ ร่างกายจะมีการควบคุมให้เกิดความสมดุลของการไหลเวียนใหม่ แต่ถ้ายังไม่ได้แก้ไขสาเหตุ และไม่สามารถปรับสภาพได้ จะส่งผลให้การบีบตัวของหัวใจจะไม่มีประสิทธิภาพ แรงดันในผนังหัวใจจึงเพิ่มขึ้น และเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติมากขึ้น การทำงานของหัวใจทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ และปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีเลือดเหลือค้าง และเลือดจากหัวใจห้องบนไม่สามารถเข้าสู่หัวใจห้องล่างได้หมด หัวใจห้องบนซ้ายจึงต้องทำงานมากขึ้นเพื่อบีบเลือดไปยังหัวใจห้องล่าง จึงเกิดการยืดขยายและหนาตัวอย่างผิดปกติ จนไม่สามารถรับเลือดได้ และจะเพิ่มความดันในระบบหลอดเลือดของปอดและก่อให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมนิจกุล, 2561)

จากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว จะเห็นได้ว่าจะมีการเสื่อมสภาพของหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มเรื่อยๆ และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งได้ตามระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association [AHA]) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ (ริงสฤษฏ์ กาญจนะวณิชช์ และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2561) ได้แก่

ระยะ A คือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มี ความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ และลิ้นหัวใจ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคพิษสุรา การได้รับสารที่เป็นพิษต่อหัวใจ หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ

ระยะ B คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจ แต่ไม่เคยมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว หรือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ระยะ C คือ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหัวใจและ/หรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย หรือผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วอาการลดลงหรือหายไป

ระยะ D คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรง (ระยะสุดท้าย) ขณะพักหรือได้รับการรักษาทางยาอย่างเต็มที่แล้วยังมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งได้จากอาการของผู้ป่วย ตามสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA], 2001) ซึ่งแบ่งได้ 4 ระดับ

ระดับ 1 (Class I) คือ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

ระดับ 2 (Class II) คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ขณะพักจะรู้สึกสบายหรือไม่มีอาการ แต่ขณะทำกิจกรรมปกติจะมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น เป็นต้น

ระดับ 3 (Class III) คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ขณะพักจะรู้สึกสบายหรือไม่มีอาการ แต่ขณะทำกิจกรรมน้อยกว่าปกติจะมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น เป็นต้น

ระดับ 4 (Class IV) คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสบาย มีอาการในขณะพัก หรือเมื่อทำกิจกรรมจะมีอาการเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่า พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากกำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงมีกลไกการชดเชยของร่างกาย ซึ่งทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น การบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพและการเกิดความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หากร่างกายมีการปรับตัวชดเชยลดลง จะส่งผลให้มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และอยู่ในระยะท้าย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรักษาด้วยยาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ ก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังมีอาการและอาการแสดงอยู่

### 2.1.2.2 อาการ และอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการบวม อาการหายใจลำบากขณะหลับ อาการใจสั่น และอาการน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Carson & Glaser, 2000; Okumura, 2018; European Society of Cardiology, 2021) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### (1) ด้านร่างกาย

1. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 60–88 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Okumura, 2018) อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึก หรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่บอกถึงความยากลำบากในการหายใจ การที่ผู้ป่วยหายใจเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกจากประสบการณ์การหายใจลำบากที่ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจหรือการหายใจที่ทำให้เกิดความรู้สึกหายใจไม่ทันหรือหายใจไม่อิ่มโดยเป็นความแตกต่างของความต้องการในการหายใจและความสามารถในการหายใจของแต่ละบุคคล หากความต้องการสูงแต่ความสามารถต่ำก็จะเกิดการหายใจลำบาก

2. อาการปวด (Pain) พบรายงานถึงความเจ็บปวดในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 4 (NYHA functional class IV) นอกจากนี้ยังพบอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงบริเวณทรวงอกถึงร้อยละ 41 ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตในช่วง 3 วันสุดท้าย (Okumura, 2018)

3. อาการเหนื่อยล้า (Fatigues) ซึ่งพบได้ร้อยละ 69–82 (Okumura, 2018) เกิดจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดน้อยลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อส่วนปลายไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะเกิดในขณะออกกำลังกาย เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรงได้บ่อย

4. อาการบวม (Edema) อาการบวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากการมีน้ำเกินในระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมมากเกินไป มักพบอาการเท้าบวม ปัสสาวะออกน้อยซึ่งเป็นอาการหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว อาการเหล่านี้เป็นอาการที่บ่งบอกว่าหัวใจมีประสิทธิภาพการทำงานที่ไม่ดี และยังแสดงถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของเกลือและน้ำในร่างกายและไตไม่สามารถขับออกได้ ซึ่งอาการบวมหรือน้ำหนักเพิ่มสามารถตรวจพบได้ถึงร้อยละ 65 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

5. อาการใจสั่น (Arrhythmia) เป็นการเปลี่ยนแปลงของจังหวะการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจะพบว่า ชีพจรเร็วกว่าปกติ ซึ่งเป็นการทำงานตอบสนองของอะดีเนอร์จิก (Beta-adrenergic) และจะลดลงได้ซ้ำในขณะพัก

6. อาการไอ (Cough) เป็นอาการที่มีการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดปอด ผู้ป่วยอาจมีอาการไอเสมหะเป็นฟองสีชมพูเนื่องจากน้ำปอดบวม (Pulmonary edema) ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวห้องล่างซ้าย โดยพบอาการไอได้ถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

7. อาการท้องโต (Ascites) เป็นอาการที่เกิดจากการมีน้ำซึมจากหลอดเลือดดำและค้างอยู่ในช่องท้องมาก มักพบในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวข้างขวาเรื้อรัง อาการท้องโตเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวข้างขวาสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 31 และมักจะพบลักษณะของการมีตับแข็งจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย

## (2) ด้านจิตใจ

อาการรบกวนทางจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ วิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและซึมเศร้า (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนี้

1. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอาการทางจิตใจที่พบได้มากกว่าร้อยละ 50 จะถูกกระตุ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ของโรคล่วงหน้าได้ และมีอาการรบกวน ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

2. ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) คือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากการไม่สามารถทำนายความรุนแรง และระยะเวลาการเกิดอาการกำเริบของโรครวมถึงการได้รับข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน จากการศึกษาของ วนิดา หาจักร และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงถึงร้อยละ 61.2

3. ภาวะซึมเศร้า (Depression) จากการศึกษาของ ชนิตาภา แก้วกัญญา และคณะ (2560) พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.51 ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการทางกาย โดยเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560) อีกทั้งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้สูงที่สุดถึงร้อยละ 62.9 (Poungkaew et al., 2020)

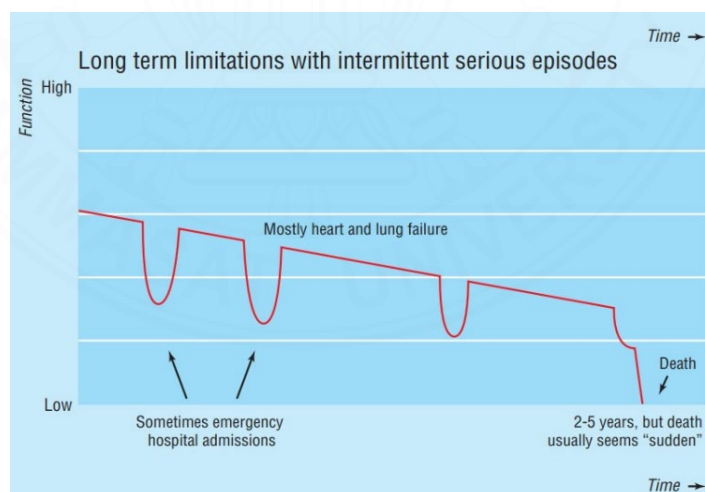
สรุปได้ว่า การเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผลมาจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง ซึ่งอาการรบกวนทางกายที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหายใจลำบาก และอาการบวม นอกจากอาการทางกายแล้ว ยังพบอาการรบกวนทางจิตใจ โดยเมื่อผู้ป่วยมีระดับความ

รุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีที่อาการแสดงเพิ่มมากขึ้น และเมื่อมีอาการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอาการรบกวนทางจิตใจ จะส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลงเช่นเดียวกัน

### 2.1.3 การดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden cardiac death) ซึ่งเกิดได้ทุกระดับความรุนแรงของโรค โดยอ้างอิงจากระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (New York Heart Association Functional [NYHA]) ซึ่งความรุนแรงจะเพิ่มตามระยะเวลาการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว (Murray et al., 2005)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักจะมีอาการป่วยเรื้อรังหลายเดือนหรือหลายปี โดยมีอาการจะมีอาการรุนแรง อาการกำเริบของโรคจนต้องรับการรักษาที่ต้องใช้ยาและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งการดำเนินโรคนั้นจะเทียบกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (New York Heart Association Functional [NYHA]) หลังจากได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีจะระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคที่ค่อยเป็นค่อยไป แต่ไม่สามารถคาดเดาวิถีการดำเนินโรคได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายจะมีระยะเวลาการรอดชีวิตภายหลังการรักษาเพียง 6 เดือน (Lynn & Adamson, 2003) ดังภาพที่ 2.1



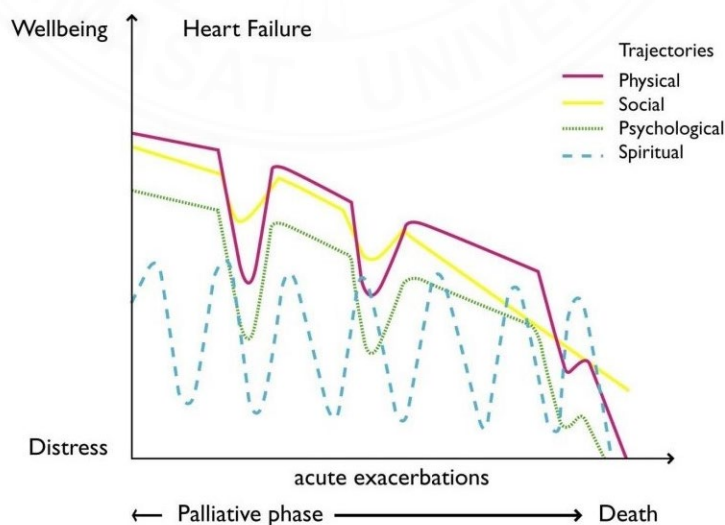
ภาพที่ 2.1 แนวการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลว

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก “Long-term limitations with intermittent serious episodes”, by Lynn J, & Adamson DM. (2003). *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Washington: Rand Health.



ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจึงมีอาการทางกายต่างๆ รบกวนการดำเนินชีวิต (ชนิดานา แก้วกัญญา และคณะ, 2560) นอกจากนี้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีอาการกำเริบซึ่งไม่สามารถบอกได้ชัดเจน และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาการกำเริบ หรือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจ (Major Adverse Cardiac Events) สามารถเกิดได้อย่างเฉียบพลัน หากผู้ป่วยได้รับการรักษาจะเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ทำให้อาการกำเริบลดลง แต่ก็สามารถเกิดขึ้นได้อีก เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการเกิดการเสียชีวิตได้ในทุกระยะของความรุนแรงของโรค และไม่สามารถคาดการณ์การเสียชีวิตได้แน่นอน (Murray et al., 2005; Muzzarelli et al., 2010; รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561; Kheirbek et al., 2013; Xanthopoulos et al., 2020)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินโรคในมิติสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านกายภาพ มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและมีการกำเริบได้เป็นช่วงๆ 2) ด้านจิตสังคม เมื่อมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้พึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้นจนกระทั่งเสียชีวิต 3) ด้านจิตใจ ความผาสุกทางจิตใจจะมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับด้านกายภาพ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงและมีอาการกำเริบอย่างกะทันหันจะเพิ่มความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น 4) ด้านจิตวิญญาณ ด้านนี้จะมีความผันผวน และแตกต่างกันไปตามบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงการสูญเสียการควบคุมตนเอง การพึ่งพาผู้อื่น ความไม่แน่นอนของโรค เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายและคุณค่าของการมีชีวิต ซึ่งบางคนจะมองการเจ็บป่วยในแง่ดี เช่น การได้มีความหวัง การได้รับความรัก ความใส่ใจและการให้อภัย แต่บางคนอาจมองว่าถูกพระเจ้าทอดทิ้ง เป็นต้น (Murray et al., 2007) ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แนวทางการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกมิติสุขภาพ



หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก “Heart failure: physical, social, psychological, and spiritual well-being in the last year of life”, by Murray, S. A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., & Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of pain and symptom management*, 34(4), p.393–402.

สรุปได้ว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากมีการดำเนินโรคไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถคาดการณ์ได้และเป็นระยะสุดท้ายของโรคหัวใจที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติสุขภาพ

#### 2.1.4 แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

**2.1.4.1 เป้าหมายการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว** (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561) สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

- (1) รักษาและควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุของการทำงานผิดปกติของหัวใจ
- (2) ป้องกันและชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ
- (3) ลดอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
- (4) ลดอัตราการตาย

#### 2.1.4.2 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีหลักการในการรักษาตามเป้าหมายที่กล่าวมาข้างต้น คือ ลดความรุนแรงในการดำเนินโรค ลดอัตราการตาย เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแนวทางการรักษามีดังนี้

##### (1) รักษาสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว

เช่น ผ่าตัดในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft) หรือถ่างขยายเส้นเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) เป็นต้น (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561)

##### (2) รักษาสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

เริ่มจากค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดอาการกำเริบหรือมีความรุนแรง เช่น การให้เลือด (Blood transfusion) เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะซีด (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561)

### (3) รักษาโดยใช้ยา

1. ยากลุ่มขับปัสสาวะ (Diuretic drug) เป็นกลุ่มยาที่ใช้ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการบวม หรือมีการคั่งของน้ำและเกลือแร่ ยาขับปัสสาวะสามารถลดลดจำนวนการคั่งของเลือดและน้ำในระบบไหลเวียนของร่างกาย ซึ่งจะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม หากการทำงานของไตดีและมีการคั่งของน้ำที่ปอดน้อย จะพิจารณาให้ยากลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide) แต่ถ้าการทำงานของไตไม่ดี โดยเฉพาะมีค่าการกรองของไตน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที หรือมีอาการรุนแรงมาก อาจพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ (Furozemide) ซึ่งออกฤทธิ์ที่ท่อไต (Loop of Hale) (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2561)

2. ยากลุ่มต้านเบต้า (Beta blocker) ออกฤทธิ์ในการต้านตัวรับอะดีเนอร์จิก (Adrenergic receptor) ลดการหลั่งอะดรีนาลิน (Adrenaline) ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่มระยะเวลาของการไหลเวียนของเลือดจากหัวใจห้องบนสู่ห้องล่างให้นานขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจจึงมากขึ้น ใช้ในกรณีที่ไม่มีภาวะคั่งของน้ำในภาวะหัวใจล้มเหลว ยากลุ่มนี้สามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

3. ยากลุ่มยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEI]) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดแรงต้านของหัวใจโดยการขยายหลอดเลือดจัดเป็นทางเลือกอันดับแรกที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง (European Society of Cardiology, 2021)

4. ยากลุ่มต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin-receptor blocker [ARB]) ยากลุ่มนี้บางชนิดมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานลดลง (Heart failure with reduced ejection fraction [HFrEF]) เช่น ยา Candesartan สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย HFrEF ที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่ม ACEI ได้ และยา Valsartan ซึ่งสามารถลดอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

5. ยากลุ่มดิจิทาลิส โกลโคไซด์ (Digitalis glycoside) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์โซเดียม โพแทสเซียม เอทีพีเอส (Na/K ATPase) ทำให้โซเดียมเข้าเซลล์หัวใจมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เลือดที่ถูกบีบออกจากกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น สามารถลดอัตราการเต้นหัวใจผิดจังหวะบางประเภท ไม่ให้เต้นเร็วมากเกินไป (Murray et al, 2005; (European Society of Cardiology, 2021)

6. ยากลุ่มขยายหลอดเลือดอื่นๆ ที่ใช้ลดความดันโลหิต (Vasodilator antihypertensive drugs) เช่น ไฮดรอลาซีน (Hydralazine) ร่วมกับยากลุ่มขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีของหัวใจ เช่น ไนเตรท (Nitrate) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่มยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (ACEI) หรือ ยากลุ่มต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (ARB) ได้ เนื่องจากมีภาวะไตวาย (European Society of Cardiology, 2021)

7. ยากลุ่มต้านตัวรับแอลโดสเตอโรน (Mineralocorticoid receptor antagonist [MRA]) ยาจกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติในการปรับสภาพโครงสร้างหัวใจ การใช้ยากลุ่มนี้ในขนาดต่ำจะสามารถลดผลเสียต่อกล้ามเนื้อหัวใจ จากการศึกษาพบว่า ยากลุ่ม MRA สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานลดลง (Heart failure with reduced EF [HFrEF]) ที่มีอาการระดับ NYHA functional class II-IV แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม ACEI และ beta-blocker อยู่แล้ว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

8. ยากลุ่มยับยั้งโซเดียม-กลูโคส โคทรานสปอร์เตอร์-2 (Sodium-glucose co-transporter-2 [SGLT2] inhibitors) หรือกลุ่มกลิฟลอสิน (Gliflozins) ได้แก่ Dapagliflozin และ Empagliflozin เป็นยาลดระดับน้ำตาลกลุ่มใหม่ จากการศึกษาทางคลินิกพบว่า สามารถลดอัตราการนอนโรพยาบาลด้วยหัวใจล้มเหลวลงได้ร้อยละ 35 แต่ยังไม่สามารถทราบกลไกที่ชัดเจน อาจเกิดจากฤทธิ์ออสโมติก ไดยูเรติก (Osmotic diuretic) ทำให้ช่วยลดความรุนแรงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (European Society of Cardiology, 2021)

**(4) การรักษาโดยใช้เครื่องมือพิเศษ** (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชช์ และ อรินทยา พรหมนิจกุล, 2561; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) ได้แก่

1. การฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac Resynchronization Therapy) เป็นเครื่องที่ฝังเข้าไปในร่างกายผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่เป็นรุนแรง ที่มีลักษณะการนำไฟฟ้าผิดปกติ ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่สัมพันธ์กันเพื่อทำให้มีการนำไฟฟ้าหัวใจที่ดีขึ้น และส่งผลทำให้หัวใจทำงานบีบตัวได้ดีขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

2. การฝังเครื่องช็อกหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillators) เป็นเครื่องมือที่ฝังเข้าไปที่ตัวผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งมักจะพบได้ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นรุนแรง โดยเครื่องจะวินิจฉัยลักษณะการเต้นของหัวใจและทำการช็อกเองโดยอัตโนมัติ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตโดยเฉียบพลัน

3. การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) โดยการผ่าตัดจะเป็นการรักษาขั้นสุดท้าย มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการมาก ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอดเวลา

**(5) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2561; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)**

1. การให้ออกซิเจน การให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องให้อย่างเพียงพอ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95%

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นการรักษาเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ช่วยชะลอความเสื่อมของโรคไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมควบคุมอาการและชะลอความก้าวหน้าของโรค

2.1 การเฝ้าระวังภาวะน้ำคั่งหรือน้ำเกินและการแก้ไขเบื้องต้น การเฝ้าระวังอาการกำเริบ โดยผู้ป่วยควรทราบอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ และต้องตระหนักความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการดังกล่าว หากมีอาการเหล่านี้ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือแจ้งให้ผู้ดูแลทราบทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2.2 การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำเรื่องการลดน้ำหนักหากมีน้ำหนักเกิน หรือเป็นโรคอ้วนเนื่องจาก น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้ามีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติควรลดน้ำหนักตัวลง จากการศึกษาของโคลอนาและคณะ (Colonna et al., 2003) ที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถลดน้ำหนักได้ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวลดลงถึงร้อยละ 90 และหัวใจห้องล่างทำหน้าที่ในการบีบตัวและคลายตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางตรงกันข้ามหากผอมเกินไปอาจหมายถึงการขาดสารอาหาร ซึ่งอาจส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดอาการกำเริบได้เช่นเดียวกัน

2.3 การรับประทานอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ หากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันและโคเลสเตอรอลที่สูง ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบได้ ซึ่งการควบคุมอาหารไขมันสูงจะช่วยลดไขมันในเลือดลงได้ ดังนั้น ควรบริโภคโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน และควรบริโภคไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการต่อวัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

2.4 การจำกัดการบริโภคเกลือ เนื่องจาก เกลือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว จากแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำการบริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (ประมาณครึ่งช้อนชา) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของดอง อาหาร

กระป๋องและไม่เติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วเพิ่มจากอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (รังสฤษฏ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2561)

2.5 เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ การรับประทานผักและผลไม้จะช่วยป้องกันการเกาะของไขมันในหลอดเลือดจึงช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้ องค์การอนามัยโลก ได้รายงานว่าการรับประทานผักและผลไม้ 600 กรัมต่อวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดลงร้อยละ 31 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) จากการศึกษาของสถาบันค้นคว้าการรักษาโรคหัวใจ พบว่า ผลของการรับประทานผักผลไม้ หรือรับประทานวิตามินเสริมจะสามารถลดการเกิดโรคหัวใจลงได้

2.6 การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม สำหรับปริมาณน้ำที่เหมาะสมในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละราย ต้องพิจารณาจากน้ำหนักตัวและปริมาณยาที่รับประทานในปัจจุบัน ในคนปกติที่ไม่ได้มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรดื่มน้ำประมาณ 1 มิลลิลิตรต่อแคลอรีที่ต้องการในแต่ละวัน แต่หากต้องการลดปริมาณน้ำลง เช่น ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ประมาณ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน อีกทั้ง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับยาขับปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่ควรจำกัดน้ำมากเกินไปเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

2.7 ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิกเพราะจะทำให้หัวใจแข็งแรงและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของนิปปอน (Nippon, 2000) พบว่าการฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับความรุนแรงระดับที่ 3 หรือ 4 (New York Heart Association Class III, IV) เป็นระยะเวลา 12 เดือน สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดการเกิดอาการกำเริบและลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.8 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นเรื่องสำคัญ ได้แก่ การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน งดดื่มสุราและสูบบุหรี่

**(6) การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย** (รังสฤษฏ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2561)

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย มีตัวเลือกการรักษาหลายรูปแบบ และต้องทำหัตถการซับซ้อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต การดูแลแบบประคับประคองอาจเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในช่วงวาระท้าย เนื่องจาก ภาวะหัวใจ

ล้มเหลวเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น พุดคุยถึงความประสงค์เกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ในอนาคต (Advanced directive) และความปรารถนาของผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยควรสื่อสารการดำเนินโรค การรักษาในปัจจุบันและวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การเลือกแนวทางรักษาควรพิจารณาโดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้แผนการรักษานั้นเป็นไปตามเป้าหมายการใช้ชีวิตของผู้ป่วย (Goal of living) และเน้นการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า การรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีการรักษาโดยใช้ยาหรือการรักษาพิเศษ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้อาการกำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น โดยความถี่และระยะเวลาการเข้ารักษาในโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบในร่างกาย จนมีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ซึ่งจะมีการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

### 2.1.5 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง

ปรารถนา ลังการ์พินธุ์ (2556) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า เป็นการดูแลในรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการดำเนินของโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีไข้เป็นเพียงอาการความผิดปกติทางกายเท่านั้น แต่ผลลัพธ์ที่เกิดจากภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยรวมทั้ง การให้คำแนะนำต่อญาติ หรือผู้ดูแลในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดการดูแลโดยใช้กระบวนการทางการแพทย์ การดูแลทางสังคม จิตใจจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพอาการของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

สุณี เวชประสิทธิ์ (2562) ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายที่ไม่มีทางรักษาโรคให้หายได้ และกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ไม่มีหวังในการรักษา โดยมุ่งเน้นที่



การบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการต่าง ๆ การดูแลให้มีความสุขสบาย และการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ให้คำนิยามของการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลที่ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ บรรเทาความปวดหรืออาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ทั้งกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย ตลอดจนความทุกข์ของญาติผู้ป่วยระหว่างการรักษาและช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการเสียชีวิต

สรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยดูแลบรรเทาความทุกข์ จัดการอาการไม่สุขสบายตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จนถึงภายหลังเสียชีวิต ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

### 2.1.6 ข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง

ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้ร่างกายได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการ บางรายต้องใช้เครื่องพุงหัวใจเพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยจะมีความทรมานจากอาการไม่สุขสบาย และคุณภาพชีวิตต่ำ จึงได้มีการเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น และได้มีการกำหนดเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการกำหนดข้อบ่งชี้หรือเกณฑ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2562) ได้มีการกำหนดลักษณะของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

1) ผู้ที่แสดงอาการรุนแรง เช่น ผู้ที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (New York Heart Association class III-IV) หอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เช่น อาบน้ำ กินอาหาร พุด หรือนั่งพัก และไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัยด้วยตนเองได้

2) เกิดผลกระทบต่ออวัยวะอื่นนอกเหนือหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะผอมแห้ง หุ้มกระดูก (Cachexia) หรือดัชนีมวลกาย (BMI) <19 กก./ม<sup>2</sup> โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ตับแข็งเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac cirrhosis) ภาวะโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ (Hypoalbuminemia) และความดันหลอดเลือดปอดสูงเนื่องจากความดันหัวใจห้องซ้ายสูง (Pulmonary hypertension from left heart disease)

3) ไม่สามารถใช้ยากลุ่ม Beta-blocker, ACEI/ARB หรือ ARNI ขนาดที่เคยใช้อยู่เดิมได้เนื่องจาก เกิดผลข้างเคียง จำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง (furosemide มากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อวัน) และ/หรือต้องใช้ยาขับปัสสาวะมากกว่า 1 ชนิด

4) เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Implantable cardioverter defibrillator [ICD]) ทำงานกระตุ้นหัวใจหลายครั้ง จำเป็นต้องใช้ยากระตุ้นหัวใจทางหลอดเลือดดำ เพื่อพวยอาการอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในระบบอื่นอย่างรุนแรง

ดิคส์เตียน และคณะ (Dickstein et al, 2008) ได้อธิบายเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology) ปีค.ศ. 2008 ซึ่งข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการดำเนินของโรคที่เลวลง ต้องใช้ยาฉีดเข้าเส้นเลือดในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (New York Heart Association [NYHA] class III-IV) มีภาวะผอมแห้ง หักกระดูก (cardiac cachexia) และได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะท้าย

สมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology) ปีค.ศ. 2021 (European Society of Cardiology, 2021) ได้ปรับเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1) ผู้ที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (New York Heart Association [NYHA] class III-IV) 2) รับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี, การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction (LVEF) < 30%, ความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure [SBP]) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และหรือมีการทำหน้าที่ของไตและตับแย่งลง

กรมการแพทย์ (2563) ได้มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

1) ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลอรุนแรง (Advance heart failure)  
2) ผู้ที่มีการประเมินพยากรณ์โรคว่าอาจเสียชีวิตในเวลาน้อยกว่า 1 ปี (Predicted by HF survival models)

3) ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ร่วมกับมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว แม้จะได้รับการรักษาเต็มที่ด้วยยา อุปกรณ์พิเศษ หัตถการรักษานผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม



- 4) มีการดำเนินของโรคที่เลวลง ต้องพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS น้อยกว่า ร้อยละ 50)
- 5) มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้งในเวลา 12 เดือนด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว
- 6) ใช้เครื่องพุงหัวใจ (Mechanical circulatory support) เพื่อประคับประคอง
- 7) มีข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
- 8) น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัมใน 6 เดือน

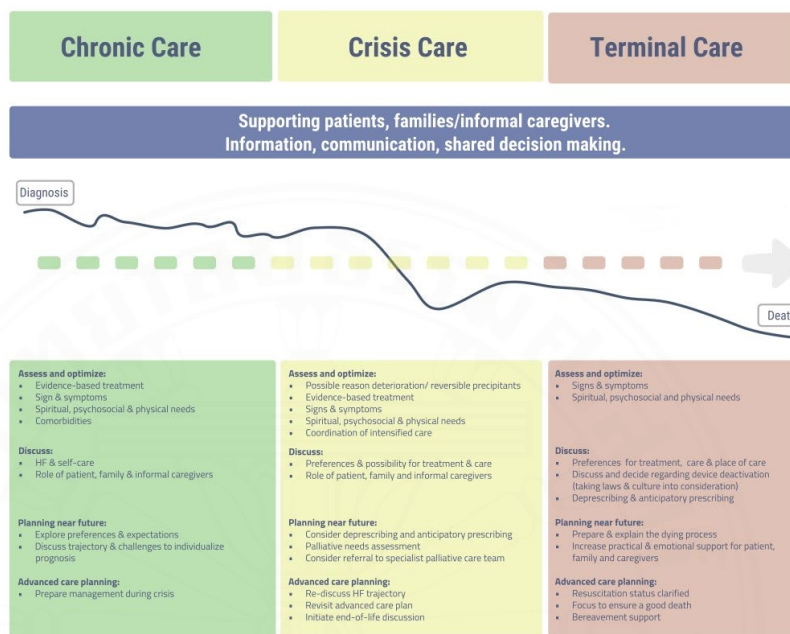
สรุปได้ว่า ข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลอรุนแรง มีการดำเนินของโรคที่เลวลง โดยมี PPS น้อยกว่าร้อยละ 50 ระบุในร่างกายเสื่อมลงหรือโรคอยู่ในระยะท้าย มีการดำเนินของโรคที่เลวลง NYHA class III-IV ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี ใช้เครื่องพุงหัวใจเพื่อประคับประคอง มีข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และน้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัมใน 6 เดือน การที่ทราบข้อบ่งชี้ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้สามารถวางแผนการรักษาต่อไปได้ และเป็นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน อีกทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

### 2.1.7 แนวทางในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากหลายการศึกษา ได้แก่

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ ฮิลล์ และคณะ (Hill et al., 2020) ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ โดยแบ่งแนวทางการดูแลเป็น 3 ระยะตามระยะเวลาการวินิจฉัยและระดับความรุนแรงของโรค โดยในแต่ละระยะจะมีการดูแลผู้ป่วยครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ 1) การดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care) จะเป็นการดูแลแบบเป็นองค์รวม เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล วางแผนกับครอบครัวเรื่องการดำเนินโรค ความคาดหวังและการดูแลในระยะวิกฤติ 2) การดูแลระยะวิกฤติ (Crisis care) เป็นการดูแลแบบเป็นองค์รวม มีการวางแผนร่วมกับครอบครัวเรื่องแนวทางการดำเนินโรค การรักษาและแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งมีการพูดคุยกับญาติเรื่องการเข้าสู่ระยะท้ายของผู้ป่วย 3) การดูแลระยะท้ายของชีวิต (Terminal care) เป็นการดูแลแบบเป็นองค์รวมเช่นเดียวกัน มีการพูดคุยกับครอบครัวหรือผู้ดูแลเรื่องแผนการรักษา สถานที่ที่ดูแล การเตรียมในเมื่อใกล้เข้าสู่กระบวนการเสียชีวิต โดยมีการดูแลทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น และมี

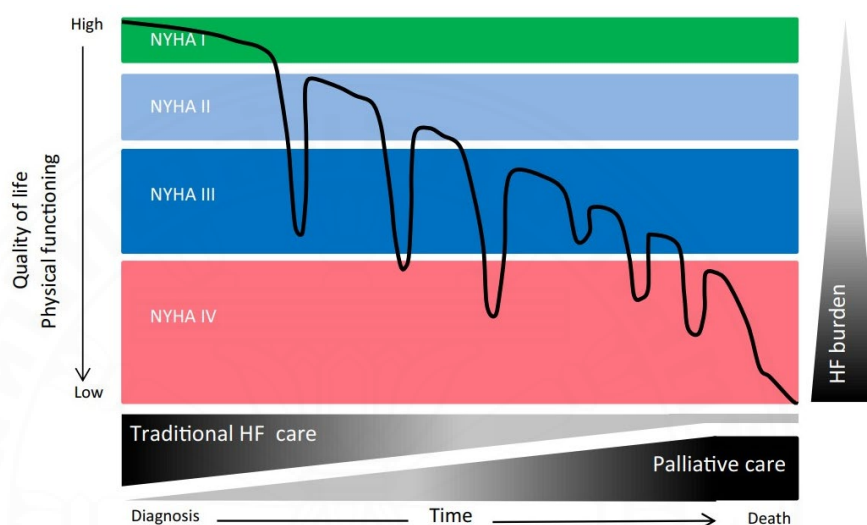
การวางแผนในประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างชัดเจน รวมทั้งให้ความมั่นใจเรื่องการดูแลที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยตายดี และมีการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ดังภาพที่ 2.3



**ภาพที่ 2.3** การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละระยะ  
 หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก “Integrating palliative care throughout the heart failure (HF) trajectory.”, by Hill, L., Prager Geller, T., Baruah, R., Beattie, J. M., Boyne, J., de Stoutz, N., Di Stolfo, G., Lambrinou, E., Skibelund, A. K., Uchmanowicz, I., Rutten, F. H., Čelutkienė, J., Piepoli, M. F., Jankowska, E. A., Chioncel, O., Ben Gal, T., Seferovic, P. M., Ruschitzka, F., Coats, A., Strömberg, A., ... Jaarsma, T. (2020). Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *European journal of heart failure*, 22(12), p.2327–2339.

จากการศึกษาของโกรเอนเวล (Groenveld et al., 2021) ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โดยเทียบกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย (New York Heart Association Functional [NYHA]) เมื่อผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง แนวทางการดูแลแบบประคับประคองจึงเริ่มดูแลตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว

ร่วมกับการดูแลรักษาแบบปกติ ซึ่งจะเพิ่มการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นตามระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย โดยจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการรักษา โดยเฉพาะในช่วงระยะท้าย หรือผู้ป่วยที่มี ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับ 4 ดังภาพที่ 2.4



**ภาพที่ 2.4** การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลว

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก “Disease trajectory and transition in heart failure care.”, by Groenveld, H. F., Coster, J. E., van Veldhuisen, D. J., Rienstra, M., Blaauw, Y., & Maass, A. H. (2021). Downgrade of cardiac defibrillator devices to pacemakers in elderly heart failure patients: clinical considerations and the importance of shared decision-making. *Netherlands Heart Journal*, 29(5), p.243-252.

แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากแนวคิดของเมอเรีย และคณะ (Murray et al., 2005) แบ่งการดูแลตามระยะได้ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับ 1-3 (NYHA class I-III) เป็นการดูแลเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเอง และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องสาเหตุ อาการ การรักษา และการดำเนินโรค 2) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระดับ (NYHA class III-IV) โดยมีการร่วมกันดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง และผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ โดยดูแลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อจัดการอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย และครอบครัว การประชุมครอบครัวเพื่อแจ้งการดำเนินโรคและวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 3) การดูแลระยะท้าย แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว แต่มีตัวชี้วัดทางคลินิกที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ได้แก่ ไตทำงานผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะบวม น้ำ ความเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ต้องมีการพูดคุยเรื่องการดูแลล่วงหน้า และการตัดสินใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายอย่างชัดเจน รวมทั้งทำเอกสารการยินยอมหรือปฏิเสธการรักษา อีกทั้งดูแลทางด้านจิตใจกับครอบครัวหรือผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

สำหรับแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้ระบุแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวในการประเมินผู้ป่วยด้วยการใช้แบบประเมินอาการในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เพื่อประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale [PPS]) เพื่อประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการใช้เครื่องมือที่ได้กล่าวมา จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale for Suandok) ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน (Palliative Performance Scale version 2) ของประเทศแคนาดา การประเมินจะประเมินใน 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (Ambulation) 2) กิจกรรมและการลุกลามของโรค (Activity and evidence of disease) 3) การดูแลตนเอง (Self-care) 4) การรับประทานอาหาร (Intake) และ 5) ระดับความรู้สึกตัว (Conscious level) ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระดับ PPS ดังนี้

### ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีอาการคงที่ (PPS 70 – 100%)

1) ปรึกษากับผู้ป่วย ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และประชุมครอบครัว

- 2) ใช้แบบประเมิน ESAS ในการประเมินและจัดการกับอาการของผู้ป่วย
- 3) ใช้แบบประเมิน 2Q ,8Q และ 9Q เพื่อประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ประเมินและจัดการกับความเครียดหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
- 6) ค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว

ทางจิตใจ และทำตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

- 7) ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยว

### ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40 – 60%)

นอกจากจะปฏิบัติตามข้อ 1) ถึง 7) แล้ว ควรเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- 1) จัดห้องแยกหรือเตียงที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานพยาบาลใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย (PPS 10 – 30%)

1) ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2) วางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล การช่วยฟื้นคืนชีพ หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยประสงค์จะเสียชีวิต

3) ประเมินความพร้อมและความโศกเศร้าผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว

- 4) ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว
- 6) ค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วย สนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณ
- 7) จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ
- 8) ประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
- 9) พุดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องการส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน

### เสียชีวิต (PPS 0%)

- 1) ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
- 2) แนะนำญาติทำความเข้าใจและศาสนา เช่น กล่าวคำไว้อาลัย
- 3) ประเมินและจัดการกับความเศร้าโศกของครอบครัวผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและความรุนแรงของโรค จนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยการดูแลจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินอาการและจัดการกับอาการไม่สุขสบาย โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เพื่อประกอบการดูแลด้วย รวมถึงวางแผนการดูแลล่วงหน้าระหว่างครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและนำไปสู่ระยะท้ายของชีวิตที่สงบและการตายดี

## 2.2 พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การที่พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพฤติกรรมคือ การแสดงออกทั้งความคิด อารมณ์และการกระทำต่อสิ่งที่มีมากระตุ้น ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคคล หากพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองดี จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพ (Kim et al., 2014)

### 2.2.1 องค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการศึกษาและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีความเจาะจงกับภาวะโรคและมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามการตั้งเป้าหมายการพยาบาลและทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

สมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology, 2009) ได้แนะนำการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่

- 1) การประเมินการดำเนินโรค ประกอบด้วย การทราบระยะความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อใช้การดูแลแบบประคับประคอง
- 2) การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย ประกอบด้วย การมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่างๆ ดูแลควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมาน
- 3) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย การสื่อสารและการให้การปรึกษากับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว ทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับทราบความจริงและข่าวร้าย และให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย

4) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย การมีความรู้และมีความสามารถในการจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

5) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต ประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมินเกี่ยวกับความสูญเสีย และความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้สามารถปรับตัวกับความสูญเสียหรือความเศร้าโศกได้

6) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย ความเข้าใจและความสามารถในการเตรียมการเพื่อร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การมีความรู้ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ และให้ความช่วยเหลือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

8) การดูแลทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรมของคิมและคณะ (Kim et al., 2014) ประกอบด้วย

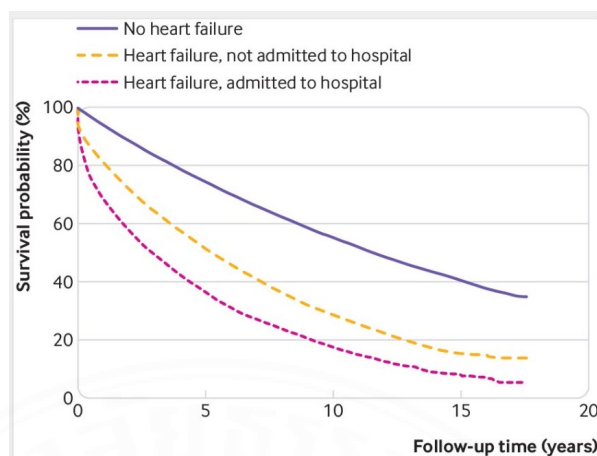
1) การประเมินการดำเนินโรค พยาบาลควรจะสามารถทราบระยะความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และทราบแนวโน้มอัตราการรอดชีวิต โดยสามารถใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง PPS (Palliative performance scale) หรือทำนายจากรูปแบบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (HF survival models) ได้

2) การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย พยาบาลควรมีความรู้ในการประเมินอาการและจัดการกับอาการเหล่านั้น และส่งเสริมความสบายอย่างต่อเนื่อง

3) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองโดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วม รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง

4) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่าย ดังนั้น ควรมีการประสานงานและวางแผนที่สอดคล้องกัน





ภาพที่ 2.5 รูปแบบระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Kaplan-Meier curve of survival for people with heart failure) (Taylor, 2019)

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก “Kaplan-Meier curve of overall survival for people with a new diagnosis of heart failure and comparators matched by age, sex, and practice”, by Taylor, C. J., Ordóñez-Mena, J. M., Roalfe, A. K., Lay-Flurrie, S., Jones, N. R., Marshall, T., & Hobbs, F. D. R. (2019). Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study. *BMJ*, p.364.

## 2.2.2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### 2.2.2.1 การประเมินการดำเนินโรค

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ต้องการการรับรู้การพยากรณ์ของโรค ส่วนใหญ่ทราบจากการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง แต่ไม่ทราบว่าโรคอยู่ในระยะใด และไม่ทราบระยะเวลาการรอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยสะท้อนว่าหากได้ทราบการพยากรณ์โรคจะสามารถวางแผนการดูแลการรักษาในระยะท้าย และวางแผนจัดการกับชีวิตที่เหลืออยู่ได้เป็นอย่างดี (รัตนภรณ์ สังข์ทอง, 2565) ซึ่งในปัจจุบันการประเมินการดำเนินโรคภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังต่อไปนี้

(1) การประเมินการดำเนินโรคใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale [PPS]) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Ambulation) กิจกรรมและการลุกลามของโรค (Activity and evidence of disease) การดูแลตนเอง (Self-care) การรับประทานอาหาร (Intake) และระดับความรู้สึกตัว (Conscious level) และแบ่งได้ 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-100% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-



30%) ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) (Kim et al., 2014; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

(2) ทำนายจากรูปแบบอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (HF survival models) (Kim et al., 2014; Taylor, 2019) ซึ่งจะคำนวณจากอายุ เพศ ระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว โรคร่วม การสูบบุหรี่และภาวะชืด โดยอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค

### 2.2.2.2 การประเมินและจัดการอาการไม่สบาย

การจัดการอาการและส่งเสริมความสบายให้แก่ผู้ป่วยเป็นหนึ่งในกระบวนการส่งเสริมการตายอย่างสงบในผู้ป่วยระยะท้าย (Kongsuwan, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบเจอกับอาการรบกวน ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปวด นอนไม่หลับ และวิตกกังวล (Selman et al., 2015) ซึ่งอาการเหล่านี้ สามารถจัดการได้ด้วยวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (Mularski et al., 2017) การประเมินและการจัดการอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Alpert et al., 2017; Okumura, 2018; จรูญศรี มีหนองหว้า และไวยพร พรหมวงศ์, 2562) มีดังต่อไปนี้

#### (1) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)

การประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำได้โดยการสังเกตอาการและการตรวจร่างกาย เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ การฟังเสียงปอด และระดับออกซิเจนในเลือด หรือการใช้เครื่องมือประเมินอาการ ได้แก่ 1) แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale [DVAS]) เป็นแบบประเมินเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง แล้วอ่านค่าตัวเลขแทนค่าอาการหายใจลำบากที่ประสบอยู่ในขณะนั้น ที่ตำแหน่ง 0 คะแนนอยู่ทางซ้ายสุด หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง และตำแหน่ง 100 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด (Gift, 1989) 2) แบบประเมินอาการหายใจหอบเหนื่อย (Borg Scale) โดยกำหนดการตรวจวัดความรุนแรงของการหายใจหอบเหนื่อยตั้งแต่ 0-10 หมายถึง ระดับความเหนื่อยที่มากขึ้นเรื่อยๆ และระดับ 10 หมายถึง เหนื่อยมากที่สุดจนจะขาดใจ (Johnson et al., 2010) 3) แบบประเมินอาการหายใจหอบเหนื่อย (Respiratory Distress Observation Scale [RDOS]) คือ คะแนนประเมินการหายใจเหนื่อยขณะปัจจุบัน และมีการนำสัญญาณชีพมาประเมินด้วย มีคะแนนตั้งแต่ 0-16 หากคะแนน (Campbell, 2015)

**การจัดการอาการหายใจลำบากแบบไม่ใช่ยา** (จรรยาศรี มีหนองหว้า และไวยพร พรหมวงศ์, 2562; Qian et al., 2019; Niu et al., 2022)

1. การจัดทำศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ และช่วยลดการทำงานของหัวใจโดยลด preload และลดความดันภายในช่องอก ทำให้สารเหลวในช่องท้องไหลลงสู่ส่วนล่างของร่างกาย และช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
2. การหายใจแบบซ้าๆ ลึกๆ (Pursed lip breathing) ทำให้การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดเพิ่มขึ้น ลดการคั่งของแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์และกระตุ้น Baro reflex และ Vagal activity ส่งผลให้ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยการรับรู้ต่อหายใจหอบเหนื่อยลดลง
3. นั่งพับบนโต๊ะโดยใช้หมอนรองใต้ศีรษะ ทำให้สารเหลวในช่องท้องไหลลงสู่ส่วนล่างและทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
4. ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หรือเปิดพัดลมให้ลมพัดเบาๆ ผ่านบริเวณใบหน้าห่างประมาณ 15 เซนติเมตร เนื่องจากจะช่วยลดการกระตุ้นตัวรับรู้การหายใจหอบเหนื่อยบริเวณใบหน้าจะทำให้ความรุนแรงของการหายใจหอบเหนื่อยลดลง
5. การสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยโดยการพูดกับผู้ป่วยด้วยคำถามปลายปิดและใช้คำพูดสั้นๆ
6. การดูแลปัญหาด้านจิตใจโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

**การจัดการอาการหายใจลำบากแบบใช้ยา** (จรรยาศรี มีหนองหว้า และไวยพร พรหมวงศ์, 2562)

1. การให้ออกซิเจน ควรเริ่มต้นที่ร้อยละ 24 เพื่อให้แรงดันย่อยของออกซิเจน อยู่ในช่วง 55-60 mmHg และค่าความอึดตัวของ O<sub>2</sub> ≥95%
2. ยาที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น (opioid) ใช้ Morphine 2.5-5.0 mg ทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นยาที่มีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้บรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยที่ดีที่สุดโดยกลไกออกฤทธิ์ลดการรับรู้การหายใจเหนื่อยหอบ
3. ยาขับปัสสาวะช่วยบรรเทาอาการภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากภาวะคั่งน้ำและโซเดียม จึงทำให้ช่วยลดอาการหายใจหอบเหนื่อย
4. ยาเพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycoside) ทำให้เพิ่ม stroke volume และเพิ่ม cardiac output จะทำให้เลือดไปเลี้ยงไต

ได้ดีขึ้น ทำให้ปัสสาวะออกมาขึ้น อีกทั้งช่วยลดความดันในหลอดเลือดแดงของปอด และลดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยลดลง

## (2) อาการปวด (Pain)

การประเมินอาการปวดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำได้โดยการสังเกต เช่น 1) Numerical Pain Rating Scale (NRS) มีค่า 0-10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด 2) Behavior Pain Scale (BPS) การประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย สำหรับผู้ที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ด้วยตนเอง 3) Critical care Pain Observation Tool (CPOT) แบ่งการสังเกตพฤติกรรมเป็น 4 หมวด คือ การแสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเกร็งของกล้ามเนื้อ การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ แต่ละหมวดมี 0-2 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 สูงสุดคือ 8 คะแนน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ประคบน้ำแข็ง การนวด กายภาพบำบัด การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) และการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดโดยการทำสมาธิ การดูรูปภาพ หรือการฟังเพลง (Yu et al., 2019)

การจัดการอาการปวดแบบใช้ยา จะใช้หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก แต่หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และ TCAs การใช้ยาบรรเทาอาการปวดมีเป้าหมายที่ความเจ็บปวดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ประกอบด้วย 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 ใช้ยา non opioid ในรายปวดน้อยถึงปานกลาง โดยให้ร่วมกับยา adjuvant หรือไมก็ได้ ขั้นที่ 2 ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ในรายที่ปวดปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งไม่ดีขึ้นด้วยจากขั้นที่ 1 มักให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย ขั้นที่ 3 ระยะปวดรุนแรงมากที่ไม่ดีขึ้นจากขั้นที่ 2 ให้ opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) สำหรับความปวดรุนแรง โดยให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย ได้แก่ การใช้ยาฉีดร่วมกับยากินหรือ การให้ Morphine dilute เป็นต้น (Hagedorn, 2022)

## (3) อาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้า (Fatigue)

การประเมินอาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือ 1) Profile of Mood States-Fatigue (POMS-F) ช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-28 คะแนนมาก หมายถึง มีความอ่อนเพลียมาก 2) The Iowa Fatigue Scale (IFS) ช่วงคะแนนตั้งแต่ 11-55 คะแนนมาก หมายถึง มีความอ่อนเพลียมาก (Pavlovic et al., 2022)

การจัดการอาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้าแบบไม่ใช้ยา (Koshy, 2022)

1. รักษาสาเหตุของสิ่งที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า ได้แก่ ภาวะซีด (Anemia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) เป็นต้น
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน
3. แนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดตาม que ผู้ป่วยชอบปฏิบัติ เช่น ทำสมาธิ ฟังดนตรี ชมภาพยนตร์ เป็นต้น

การจัดการอาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้าแบบใช้ยา

1. ดูแลการได้รับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด อีริโทรโพอิติน (Erythropoietin) ตามแผนการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วยที่ภาวะซีด
2. พิจารณาลดขนาดยากลุ่มปิดรับตัวเบต้า (Beta-blockers)

#### (4) อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)

การประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถประเมินได้ โดยการซักประวัติการนอนหลับ และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index (Morin, 2011) ช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรง

การจัดการอาการนอนไม่หลับแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยหลีกเลี่ยงการหลับช่วงกลางวัน หลีกเลี่ยงการดื่ม น้ำ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน หรือแอลกอฮอล์ก่อนนอน

การจัดการอาการนอนไม่หลับแบบใช้ยา ได้แก่ การรับประทานอาหารเสริม เช่น เมลาโทนิน (melatonin) หรือในบางกรณีแพทย์อาจมีการพิจารณาใช้ยาช่วยในการนอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอาซีพีน (Benzodiazepines) (Koshy, 2022)

#### (5) อาการวิตกกังวล (Anxiety)

การประเมินอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถประเมินได้โดยการซักประวัติอาการของผู้ป่วยและใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น 1) The Self-rating Anxiety Scale (SAS) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวล ทั้งหมด 20 ข้อ คะแนน 20-80 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลสูง 2) The Beck Anxiety Inventory และ 3) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Polikandrioti et., 2019; Li et al., 2021)

การจัดการอาการวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยา จะจัดการอาการบรรเทาความวิตกกังวลด้วยการนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้ดนตรีบำบัด การทำ biofeedback และพูดคุยกับผู้ดูแลหรือผู้ที่ไว้ใจ

### การจัดการอาการวิตกกังวลแบบใช้ยา

1. ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors หรือ SSRIs เช่น fluoxetine, fluvoxamine, citalopram, escitalopram, sertraline เป็นต้น
2. เมอร์เทซาปีน (Mirtazapine) เป็นยาช่วยลดความวิตกกังวล และต้านภาวะซึมเศร้า กลไกการออกฤทธิ์คือยาจะเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองประเภท Noradrenergic และ Serotonergic neurotransmission และจากการปรับสมดุลของสารเคมีในสมองเพื่อลดความกังวล (Koshy, 2022)

#### 2.2.2.3 ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ หากไม่ได้มีการวางแผนตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต หรือขาดความก้าวหน้าในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการเพิ่มความทรมาณแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (วารสาร คงสุวรรณ, 2559) องค์ประกอบหลักของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ 1) ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง 2) การทำหนังสือแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะ หรือสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ 3) การเลือกบุคคลใกล้ชิด เพื่อแสดงเจตนาแทนเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรชา และคณะ, 2560) ซึ่งเวลาที่เหมาะสมในการคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่หลังจากมีภาวะวิกฤติ ซึ่งพยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถเตรียมการเพื่อร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (European Society of Cardiology, 2009; กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรชา และคณะ, 2560)

#### 2.2.2.4 ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยแบบประคับประคองพยาบาลควรรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อธิบายหรือเล่าในสิ่งที่ต้องการบอกให้มากที่สุดและสะท้อนความรู้สึก ไม่ควรมุ่งให้ข้อมูลหรือตอบคำถาม (กรมการแพทย์, 2563) จากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับต่ำ เนื่องจาก มีความลำบากใจ กังวลใจ และขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากกลัวว่าจะกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563) การสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว และเป็น การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน หลักการสื่อสารกับผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว จำแนกได้ 3 ระยะ (ราตรี ฉิมฉลอง, 2564) ได้แก่

### (1) ระยะเตรียมการสื่อสาร

1. เตรียมพยาบาล พยาบาลควรเข้าใจความรู้สึก อารมณ์และยอมรับ ความคิดของผู้ป่วย ฝึกทักษะหรือใช้เทคนิคในการสื่อสาร แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำความเข้าใจ กับข้อมูลของผู้ป่วย

2. เตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อม สถานที่ควรเป็นที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ จัดที่นั่งให้สบาย

3. เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัว แสดงความจริงใจและเปิดเผย

(2) ระยะดำเนินการสื่อสาร ก่อนการสื่อสาร พยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อสื่อสารควรให้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ยอมรับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วย และควรสรุปประเด็นการสนทนาเพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน

(3) ระยะหลังการสื่อสาร พยาบาลควรบันทึกประเด็นสำคัญในการสนทนา เพื่อนำไปสื่อสารกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรประกอบด้วย การหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลที่สอดคล้องกัน ผลกระทบจากการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเหลืออยู่ การประเมินวิถีการ ดำเนินของโรคและประเมินความปรารถนาของผู้ป่วย (Bierle et al., 2021) อีกทั้งควรมีการสื่อสาร เพื่อชี้แจงทางเลือกในการรักษา การบอกความจริงและการบอกข่าวร้าย ซึ่งในการแจ้งข่าวร้ายควร สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการแจ้งข่าวร้าย ใช้ภาษาที่เหมาะสม ควรให้โอกาส ผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการรักษา มีการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Williams et al., 2008; European Society of Cardiology, 2021) ตามแนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย “SPIKES” 6 ขั้นตอน (กรมการแพทย์, 2563) ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อม (S-setting up the interview) 2) ประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-assessing



the patient's perception) 3) ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient's invitation) 4) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (K-giving knowledge and information to the patient) 5) ตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (E-addressing the patient's emotion and empathic response) และ 6) สรุปและวางแผน (S-strategy and summary) ซึ่งสิ่งที่ควรระวังในการแจ้งข่าวร้าย ได้แก่ ควรศึกษาข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนแจ้งข่าวร้าย ควรเตรียมเวลาให้เพียงพอต่อการชี้แจงรายละเอียดและตอบคำถาม ควรแสดงภาษากายควรสอดคล้องไปกับความรู้สึกนั้น ควรระมัดระวังอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย ควรมองหาความหวังที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ให้ความหวังที่ตรงกับความเป็นจริง ควรให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวร้ายให้เสร็จสิ้นทุกเรื่องภายในครั้งเดียว และหยุดเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาปรับตัว เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคองมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมตัวเผชิญกับความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Ziehm et al., 2016)

### 2.2.2.5 การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ จะมีการประเมินและจัดการอาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ในประเด็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค อาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งช่วยให้มีการส่งต่อข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Bierle et al., 2021) การปรึกษาแพทย์เพื่อลดอุปสรรคเทคโนโลยีที่ไม่จำเป็น เพื่อสร้างความสุขสบายและส่งเสริมการตายดี (วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2559) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการเตรียมตัวและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคอง (Ziehm et al., 2016) การทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลควรที่จะการมีความรู้เกี่ยวกับอาการและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ควรมีความสามารถในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูล และให้การปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (European Society of Cardiology, 2009)

### 2.2.2.6 การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถ

ควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง (Creer, 2000) ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการสะท้อนตนเอง การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงถือเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบของโรค (Musekamp et al., 2017) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวยังได้นำแนวคิดการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจและพัฒนาทักษะ (Information Motivation and Behavioral skill) (Fisher et al., 2006; กิตติยา มหาวิริโยทัย, 2564) ซึ่งจะให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินอาการกำเริบและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคและการแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการกำเริบ ฝึกการบันทึกในคู่มือ หรือแอปพลิเคชัน ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และติดตามการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้าและคณะ, 2555; Sharma et al, 2022) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการชะลอความก้าวหน้าของโรคและควบคุมอาการกำเริบของโรค ทำให้อาการรบกวนทางกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kim et al., 2014)

### 2.2.2.7 การดูแลทางจิตวิญญาณ

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลวิชาชีพจึงต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความรู้ และความเชื่อเรื่องศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณตามความต้องการ ส่งผลให้เกิดความผาสุก มีความหวัง มีศักดิ์ศรี และสามารถเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบ (พัชรีย์ พรหมสิงห์, 2559) การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล พยาบาลควรให้การดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่

(1) การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ สามารถทำได้โดยการค้นหาความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนาที่นับถือ และสิ่งที่คาดหวังหรือความใฝ่ฝันที่ต้องการทำให้สำเร็จ การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพัน ความสุข ความทรงจำที่ดีหรือความสำเร็จในชีวิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว (สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2558)



(2) พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม การนึกถึงสิ่งตั้งงามช่วยให้จิตใจสงบเป็นกุศล และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เช่น การนำเอาพระพุทธรูป ภาพสิ่งของผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ในห้อง เปิดเทปธรรมะ การนิมนต์พระ หากนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ ควรนำสัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว (พัชรีย์ พรหมสิงห์, 2559)

(3) พยาบาลควรมีบทบาทในการสร้างบรรยากาศที่สงบ จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสงบและปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาใจ (Kongsuwan, 2011)

(4) เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต หูจะเป็นอวัยวะสุดท้ายที่สามารถทำงานได้ ดังนั้น พยาบาลจึงควรแนะนำให้ครอบครัวของผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ตั้งงาม และกล่าวคำอำลาอย่างเหมาะสม น้อมจิตให้ผู้ป่วยมุ่งต่อสิ่งตั้งงาม โดยชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดี พร้อมทั้งขอขมาในกรรม และสัมผัสผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน (สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2558)

(5) หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลควรแสดงความเสียใจ และให้กำลังใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วย เช่น เยี่ยมบ้าน ส่งการ์ด หรือสอบถามทางโทรศัพท์ เป็นต้น (Watson et al., 2019)

### 2.2.2.8 การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองจะต้องคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ ซึ่งเริ่มดูแลตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย (World Health Organization, 2021) เมื่อเผชิญกับการสูญเสียจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่แตกต่างกัน บางคนสามารถเผชิญกับการสูญเสีย ปรับตัวจนสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่บางคนไม่สามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (ศรีนรัตน์ วัฒนธรรณ์, 2560) ดังนั้น พยาบาลควรรู้เกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกของครอบครัวผู้ป่วย มีความเห็นใจดูแลอย่างใกล้ชิด และดูแลตามกระบวนการตอบสนองทางด้านจิตใจแบ่งออกเป็น 5 ระยะ (Kubler-Ross & Kessler, 2014) ได้แก่ 1) ระยะปฏิเสธ (Denial) การพยาบาลคือ รับฟังอย่างตั้งใจ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยไม่ต้องสนับสนุนหรือพูดขัดแย้ง ให้กำลังใจด้วยการสัมผัสและคำ 2) ระยะโกรธ (Anger) 3) ระยะต่อรอง (Bargaining) การพยาบาลในระยะโกรธและระยะต่อรอง พยาบาลควรยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของครอบครัวผู้เสียชีวิต ไม่แสดงอารมณ์โกรธโต้ตอบ แสดงท่าทีที่ให้เกียรติ เปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างตั้งใจ และติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง 4) ระยะซึมเศร้า (Depression) พยาบาลควรเปิด

โอกาสให้ครอบครัวระบายความรู้สึกและรับฟังด้วยความเข้าใจ อาจใช้สัมผัสนี้เพื่อให้กำลังใจ สิ่งสำคัญคือ การประเมินความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือความคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้การช่วยเหลือ หรือช่วยหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และ 5) ระยะเวลายอมรับ (Acceptance) ในระยะนี้ผู้สูญเสียจะเริ่มยอมรับ และกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ ควรให้กำลังใจ ส่งเสริมการทำกิจกรรมที่ช่วยให้จิตใจสงบและผ่อนคลายตามความสนใจ เป็นต้น (ศรีนรินทร์ วัฒนธรรณันท์, 2560) นอกจากนี้แล้วพยาบาลควรประเมินการปรับตัวและสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและญาติอย่างต่อเนื่อง และติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย โดยการเยี่ยมครอบครัวที่บ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการประสานส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายการดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน (กรมการแพทย์, 2563)

สรุปได้ว่า องค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถแบ่งได้ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ พยาบาลควรจะต้องมีการประเมินการดำเนินโรค การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว มีความสามารถในการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต มีความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ มีการดูแลทางจิตวิญญาณเพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นองค์รวม อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าว ผู้วิจัยจะนำมาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อไป

### 2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลทั้งหมด 7 เครื่องมือดังต่อไปนี้

#### 2.2.3.1 แบบประเมินการรับรู้ในการเตรียมความพร้อมและความสามารถในการดูแล

ผู้ป่วยระยะท้าย (The perceptions of preparedness and ability to care for the dying [PPACD]) สร้างขึ้นโดยโทดาโร (Todaro, 2000) เป็นแบบประเมินความพร้อมและความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์และพยาบาล ไม่ได้มีความเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศสหรัฐอเมริกา มี 30 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบแบบประเมินค่า 5 ระดับ เนื้อหาจะครอบคลุมเรื่องการสื่อสาร ทักษะการจัดการอาการและสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา เท่ากับ .95 ส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และมีการใช้อย่างแพร่หลายทางทวีปยุโรป อเมริกาและเอเชีย ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง มี

การใช้ในการศึกษาของอินซอก (EunSeok, 2019) ซึ่งศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยวิกฤติ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศเกาหลีใต้

2.2.3.2 แบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย (The Caring Behaviors for Dying Patient Scale) สร้างขึ้นโดย สุภาพร ดาวดี (2551) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือนี้สร้างขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ จิน วัตสัน (Watson, 1996) มาผสมผสานกับกระบวนการตอบสนองต่อความสูญเสียของคูเบอร์ รอสส์ (Kubler-Ross, 1992) มีทั้งหมด 50 ข้อคำถาม มี 12 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สุขสบาย 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเอง 3) เคารพผู้ป่วย 4) รักษาสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน 5) ช่วยผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึก 6) สนใจผู้ป่วย 7) เอื้ออาทรอย่างจริงใจ 8) ช่วยเหลือในระยะต่างๆ ของกระบวนการความตาย 9) เคารพต่อความเชื่อของผู้ป่วย 10) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย 11) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ 12) ส่งเสริมการสื่อสารแบบ ลักษณะคำตอบแบบประเมินค่า 4 ระดับ ช่วงคะแนน 0-150 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา เท่ากับ .95 ส่วนใหญ่ใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และมีการใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง มีการใช้ในการศึกษาของปรัชญากุล (Prachyakoon et al., 2017) ซึ่งศึกษาในแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย และจากการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง (2552) เรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ โดยนำไปใช้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไปจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

2.2.3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse's Caring Behavior for Dying Patients Questionnaire [NCBDPQ]) เป็นแบบประเมินที่สร้างโดยชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) แนวคิดของเครื่องมือนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ซี ของโรช (Roach, 2002) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ คำถามด้านบวก 35 ข้อ และคำถามด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรสูง หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

(Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .97 ซึ่งมีการนำไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จากการศึกษาของบวรลักษณ์ ทองทวีและคณะ (2561) และนำแบบประเมินพฤติกรรมแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้กับเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่กำลังจะจบการศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธี test-retest ได้เท่ากับ 0.97 ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ .90 และมีการนำไปใช้ในการศึกษาของ ชุติพร พรหมพาหุล และคณะ (2565) ซึ่งนำไปศึกษากับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 นักศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .97

2.2.3.4 แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างโดย ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีจำนวน 28 ข้อ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-84 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมสูง หมายถึงพยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี แบบประเมินนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .87

2.2.3.5 แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นโดย ทองทิพย์ พรหมศร (2551) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 62 ข้อ แบ่งเป็นการดูแล 4 หัวข้อ ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ นำมาหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา .97 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .97

2.2.3.6 แบบประเมินการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นโดย พัชรีย์ พรหมสิงห์ (2559) ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมที่พยาบาลดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทั้งหมด 26 ข้อประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รักในระยะสุดท้ายของชีวิต และด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .94 ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .94

2.2.3.7 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง สร้างโดยจินตนา เทพเสาร์ (2561) แบบประเมินนี้สร้างจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ โดยแบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติจนถึง 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีคะแนนอยู่ในช่วง 30-120 คะแนน ซึ่งนำมาทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .92

สรุปได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้พยาบาลเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง และเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4-5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากคะแนนรวม หากคะแนนรวมสูง หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองสูง หากคะแนนรวมต่ำ หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองต่ำ ซึ่งมีบางเครื่องมือได้นำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะข้อคำถามไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้การประเมินผลมีความเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

## 2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยส่วนใหญ่พบพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย หากพิจารณาเป็นกลุ่มโรคจะพบงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มโรคมะเร็งมากที่สุด ส่วนการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีดังต่อไปนี้

จากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ของคิมและคณะ (Kim et al., 2020) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดของ (Clarke, 2003) ประกอบด้วย พฤติกรรม 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตัดสินใจโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) ด้านการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว 3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการดูแลทางด้านจิตใจ 5) ด้านการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบาย 6) ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ 7) ด้านการดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 162 ราย พบว่า พยาบาลมีความมั่นใจและมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็งในระดับปานกลาง โดยกลุ่มผู้ป่วยที่พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลมากที่สุดได้แก่ โรคตับเรื้อรังระยะสุดท้าย รองลงมาเป็น โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และภาวะหัวใจล้มเหลว ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองสูงสุดคือ ด้านการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบาย และด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุดได้แก่ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก การจัดการอาการเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและเป็นเรื่องพื้นฐานทางการพยาบาลที่พยาบาลทุกคนได้ศึกษาและมีหลักในการปฏิบัติอย่างชัดเจน ส่วนพยาบาลมีความมั่นใจและมีพฤติกรรมในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องน้อย เนื่องจาก การดูแลแบบประคับประคองเริ่มพัฒนามาจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งยังพบน้อย ยังไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจน อีกทั้งการดำเนินโรคคาดการณ์ได้ยาก การดำเนินโรคค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินโรคของโรคมะเร็ง จึงทำให้การประสานของทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านยังไม่มีประสิทธิภาพ (Kim et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kim et al., 2014) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดและศูนย์โรคหัวใจ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 89 ราย โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) ของดุมิตเรสคู และคณะ (Dumitrescu et al., 2011) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมระดับปานกลางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุดคือ การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบาย ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เนื่องจากนโยบายและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองยังมีความคลุมเครือ พยาบาลจึงยังไม่ทราบแนวทางในการสื่อสารหรือวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ยังคิดว่าสามารถรักษาให้หายหรือดีขึ้นได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จึงทำให้มีการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคองน้อย



ส่งผลให้มีประสบการณ์น้อยตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ เฟอร์แลมป์และเมอร์ทาก (Fairlamb & Murtagh, 2021) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย โดยได้สัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสหราชอาณาจักร พบว่า พฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองที่ยังพบน้อยคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากการดำเนินของโรคไม่ชัดเจน ทำให้การสื่อสารและวางแผนการดูแลรักษาลำบาก

จากการทบทวนการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งในประเทศไทย พบ 1 การศึกษาของ ปรัชญาคุณ (Prachyakoon et al., 2017) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson, 1997) งานวิจัยนี้เป็นการศึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับพยาบาล โดยศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 227 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้พฤติกรรมสูงที่สุดในด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน ( $\bar{x} = 4.48$ , S.D. = 0.693) แต่การรับรู้พฤติกรรมที่น้อยที่สุดคือ การสนทนากับผู้ป่วยเรื่องจุดมุ่งหมายในชีวิตและชีวิตหลังความตาย ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 1.350) เนื่องจากสังคมไทยมีการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงเรื่องความตายอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับการใกล้เสียชีวิต จะยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกกังวลและกลัวความตาย นอกจากนี้ พฤติกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นด้วยมากที่สุดคือ การดูแลแบบประคับประคองต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ( $\bar{x} = 4.35$ , S.D. = 0.622) และการตัดสินใจเพื่อการดูแลจะต้องกระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ( $\bar{x} = 4.37$ , S.D. = 0.583) เพื่อที่จะสามารถค้นหาความปรารถนาและวางแผนการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพและสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุปได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่าการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีการนำแนวคิดหรือทฤษฎีมาใช้อย่างหลากหลาย และพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Kim et al., 2014; Ziehm et al., 2016; Bierle et al., 2021) มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมในครั้งนี้



## 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### 2.3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model)

ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) ของผู้รับสาร เมื่อบุคคลมีการตอบสนองต่อสาร จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ทศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสาร ก็จะเกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ ก็จะมีผลทำให้เกิดทศนคติและก่อให้เกิดการปฏิบัติ

แนวคิดความรู้ ทฤษฎี และการปฏิบัติของ ลอเนียลา (Launiala, 2009) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) โดยความรู้มีผลต่อทศนคติ ซึ่งทศนคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ความรู้จึงมีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทศนคติจะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้นั้น ในบางสถานการณ์ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดการปฏิบัติได้ ต้องมีทศนคติช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมด้วย ซึ่งมีการนำแนวคิดนี้มาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยโดยในประเทศไทยมีการนำไปศึกษา เช่น การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัด (ญาณิกา ศักดิ์ศรี, 2561) การศึกษาเรื่อง ความรู้ ทศนคติและประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้เบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (ภณิตา อทินวงศ์, 2565) เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาจสรุปได้ว่า ความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติ มีผลต่อเนื่องกัน โดยความรู้มีผลต่อทศนคติและพฤติกรรม อีกทั้งทศนคดียังมีผลต่อพฤติกรรมโดยตรง ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกนำแนวคิด KAP ของ ลอเนียลา (Launiala, 2009) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจาก มีการพัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) และมีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษากับพยาบาลวิชาชีพ จึงได้ศึกษาปัจจัยความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง และปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองและทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## 2.3.2 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

### 2.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

ความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษา ค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงทักษะและการปฏิบัติ สารสนเทศที่มีคุณค่า หรือสิ่งที่ได้รับการได้ยิน การฟัง การคิด มาวิเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ในการสนับสนุนการทำงานหรือใช้ในการแก้ปัญหา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546; ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2548) จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (บุษบงค์ ตุ่มสวัสดิ์, 2556) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการและเฝ้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย (Dobrina et al., 2014; Nilmanat, 2019) สอดคล้องกับแนวคิดของรอสและคณะ (Ross et al., 1996) เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล โดยพยาบาลควรมีความรู้ 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ และแนวคิดความรู้ของแพทย์และพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองของนาคาซาว่า (Nakazawa, 2009) ซึ่งได้อธิบายว่า ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองแบ่งได้เป็น 5 ด้าน ซึ่งมีความละเอียดมากกว่าและเน้นการจัดการอาการเป็นหลัก ได้แก่ 1) ด้านความรู้เชิงปรัชญาทั่วไปในการดูแลแบบประคับประคอง 2) ความรู้ด้านความปวด 3) ความรู้ด้านอาการหายใจลำบาก 4) ความรู้ด้านปัญหาสภาพจิตใจ และ 5) ความรู้ด้านปัญหาในระบบทางเดินอาหาร

สรุปได้ว่า ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง คือ การนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ประสบการณ์ และการปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองที่พยาบาลควรจะมีทราบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการไม่สุขสบาย การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ดังที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลให้การดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

การประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 6 เครื่องมือ ได้แก่

(1) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Quiz for Nurses [PCQN]) สร้างขึ้นโดยรอส และคณะ (Ross et al, 1996) เป็นแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล เครื่องมือนี้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ซึ่งองค์ความรู้มีความสอดคล้องกับหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองของแคนาดา ได้แก่ 1) ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สบายของผู้ป่วย 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือก ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบผิด หรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน เครื่องมือนี้มีความตรงเท่ากับ .95 และค่าความเที่ยงจากการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา เท่ากับ .78 แบบประเมินนี้มีความกระชับและจำนวนข้อคำถามไม่มาก จึงใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลแบบประคับประคองทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแบบประเมินมาใช้ในงานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาความรู้ของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การศึกษาความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองของโรนอลด์สัน และคณะ (Ronaldson et al., 2008) การศึกษาของบราซิลและคณะ (Brazil et al., 2012) การศึกษาของของโป๊ป (Pope, 2013) และมีการนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งของคิม (Kim et al., 2020) ส่วนในประเทศไทยพบงานวิจัยที่นำแบบประเมินนี้มาใช้ในงานวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ธีระชล สาดสิน, 2559)

(2) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (The Palliative Care Knowledge Test [PCKT]) สร้างขึ้นโดยนาคาซาวา (Nakazawa, 2009) เป็นแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์และพยาบาล เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย มีข้อคำถาม 23 ข้อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้เชิงปรัชญาทั่วไปในการดูแลแบบ

ประคับประคอง 2) ความรู้ด้านความปลอดภัย 3) ความรู้ด้านอาการหายใจลำบาก 4) ความรู้ด้านปัญหาสภาพจิตใจ และ 5) ความรู้ด้านปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือก ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่รู้จะได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-23 คะแนน และเครื่องมือนี้มีค่าความตรงเท่ากับ .82 และค่าความเที่ยง จากการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา เท่ากับ .81 ซึ่งนำไปใช้ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งในเอเชีย โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากออกแบบเครื่องมือให้เหมาะสมกับคนเอเชีย มีความสั้น กระชับ จากการทบทวนวรรณกรรมพจนานุกรมที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในต่างประเทศ ได้แก่งานวิจัยของ ซาโต้และคณะ (Sato et al., 2014) เรื่องการสำรวจความรู้และความยากในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่ประเทศญี่ปุ่น ส่วนในประเทศไทยมีการนำมาใช้ในการศึกษาของปรัชญากุล (Prachyakoon, 2017) เรื่องความรู้และการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่ มะเร็งและมีระยะเวลาของการมีชีวิตจำกัดในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

(3) แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล สร้างขึ้นโดยดารีกา พรรณแสง (2564) โดยสร้างจากสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล 2) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4) อาการและการจัดการอาการ 5) จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ และ 6) การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย จำนวนข้อคำถาม 52 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 48 ข้อและข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความตรงโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ .98 และมีค่าความเที่ยงในงานวิจัยเรื่อง คุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ดารีกา พรรณแสง, 2564) กับจากการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson-20 (KR-20) ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา .85

(4) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (End-of-Life Nursing Education Consortium Knowledge Assessment Test [ELNEC-KAT]) สร้างขึ้นโดยเชอร์แมน และคณะ (Sherman et al., 2005) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา มีองค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ทั่วไปใน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) ด้านการจัดการความปวด 3) ด้านการจัดการอาการไม่สุขสบาย 4) ด้านกฎหมายและจริยธรรม 5) ด้านประเพณีและวัฒนธรรม 6) ด้านการสื่อสาร 7) ด้านการดูแลภาวะโศกเศร้า 8) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และ 9) ด้านการเตรียมและการดูแลเมื่อเสียชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ถูก ผิด หรือไม่ทราบ หากตอบคำถามถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบคำถามไม่ถูกต้องหรือตอบไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 0-54 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยง จากการนำไปใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 80 คน จากการศึกษาเรื่อง ผลของการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลศาสตร์ต่อความรู้ และพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤติ ของกามิเซตและคณะ (Ghaemizade et al., 2022) ซึ่งคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .86

(5) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นโดย ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) อาการและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3) การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ถูก ผิด หรือไม่ทราบ หากตอบคำถามถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบคำถามไม่ถูกต้องหรือตอบไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 0-24 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยง จากการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .59 และหลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน ภายหลังจากได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 3 เดือน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .60

(6) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง สร้างขึ้นโดย (Thepsaw et al., 2019) โดยสร้างตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ผ่านมา ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) หลักการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง 2) การดูแลด้านร่างกาย 3) การดูแลด้านจิตสังคม และ 4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีจำนวน ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ หากตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยง จากการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา .70

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่สร้างขึ้นโดย ดาริกา พรหมแสง (2564) เนื่องจากมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมกับความรู้ที่พยาบาลควรมีในการดูแลแบบประคับประคอง มีการนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในบริบทที่ศึกษาเดียวกัน และมีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงลักษณะคำตอบในแต่ละด้านให้มี 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบให้เลือกตอบ ถูก ผิด และแบบหลายตัวเลือก เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล มีความสอดคล้องกับบริบทที่จะศึกษา และมีองค์ประกอบที่ครบถ้วนในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

### 2.3.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศและในประเทศไทย พบผลการศึกษา ดังนี้

จากการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2014) ซึ่งศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ( $r = .39, p < .05$ ) เนื่องจาก พยาบาลได้เข้าอบรมหรือเรียนเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง จึงมีความรู้ ความเข้าใจและนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้ จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาของริเซีย และคณะ (Ricea et al., 2015) เรื่องประสิทธิภาพของพยาบาลในการให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต การลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า พยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากขึ้น (Wong et al., 2001) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากการทบทวนงานวิจัยของธีระชล สาดสิน (2559) ที่ศึกษากับพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .174, p < .05$ ) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า ความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสมรรถนะ เนื่องจากความรู้จะส่งผลให้พยาบาลให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน โดยพยาบาลต้องการพัฒนาด้านการศึกษาหรืออบรมเพิ่มเติม ได้แก่ การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด การประเมินและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการดูแลเรื่องความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล ปานูราช (2560) ซึ่งศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม



สามัญ หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 295 คน พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ซึ่งการที่พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้เข้าใจแนวคิดและหลักการดูแลมากยิ่งขึ้น อีกทั้งได้นำความรู้จากการบรรยายมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงขึ้น (Sato et al., 2014; ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, 2554)

แต่ยังผลพบการศึกษาที่ยังไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ การศึกษาของ ฟิสเตอร์และคณะ (Pfister et al., 2013) ซึ่งเป็นการศึกษาในประเทศเยอรมนีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในสถานพยาบาล พบว่า ความรู้ของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ พัชรี เรือนศรี (2558) พบว่า พยาบาลมีความรู้โดยรวมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนความรู้ในระดับสูงสุด คือ ด้านปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนคะแนนความรู้ในระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ด้านอาการปวดอาการหายใจลำบากและด้านระบบทางเดินอาหาร เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ เตชทัต อัครธนาภิรักษ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาในพยาบาลจบใหม่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้าย จำนวน 112 คน พบว่า พยาบาลมีความรู้ในระดับมากด้านการติดต่อสื่อสารและด้านความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้ในระดับน้อยในด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย 1-5 ปี เช่นเดียวกัน จึงอาจมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาหรือบรรเทาอาการต่างๆ ไม่มากและอาจไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการ (เตชทัต อัครธนาภิรักษ์ และคณะ, 2557; พัชรี เรือนศรี, 2558)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบผลการศึกษาที่ยังไม่สอดคล้องกันดังที่กล่าวมา อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองกับพฤติกรรมการดูแลแบบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาปัจจัยด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองกับพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้



### 2.3.3 ทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง

#### 2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง

ทักษะ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อและแนวโน้มที่จะแสดงออกพฤติกรรมของบุคคลที่จะส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ในสภาวะเหล่านั้น ซึ่งทักษะสามารถเรียนรู้ หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ โดยการถูกตีความแล้วแสดงเป็นพฤติกรรมออกมา (ศักดิ์ไทย สุรภิจักร, 2545; ราชบัณฑิตยสถาน, 2546; Fishman et al., 2021)

ทักษะในการให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจที่มีต่อความตาย ความหมายของความตาย การสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ในทางที่ดี เข้าใจในการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งมีความรู้สึกเมตตา สงสาร ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อัมภวรรณ ใจเปี้ย, 2560) ซึ่งการตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล จะทำให้พยาบาลให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quill, 2009) โดยแนวคิดเกี่ยวกับทักษะในการดูแลแบบประคับประคองของซิมอน (Simon, 2009) ประกอบไปด้วย 3 ด้านหลักที่ส่งผลต่อทักษะของพยาบาล ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล 2) ประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง และ 3) ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับแนวคิดของ สถาพร ลีลานันท์กิจ (2551) กล่าวว่า พยาบาลควรจะมีไหวต่อการรับรู้ความรู้สึก การเมตตา และการแสดงออกถึงการใส่ใจต่อผู้ป่วย โดยไม่ความลำเอียง โดยทักษะในการให้การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความเห็นใจและตระหนักถึงความสำคัญของหน้าที่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประสบการณ์ในการทำงานและบุคคลต้นแบบในการดูแลแบบประคับประคอง

สรุปได้ว่า ทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง คือ ความรู้สึก ความเชื่อ การนึกคิดของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งได้มาจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ โดยทักษะจะทำให้เกิดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในทางบวกและลบ ทักษะในการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### 2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ ยังไม่พบเครื่องมือประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ แต่พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 4 เครื่องมือ ดังนี้

(1) แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (The Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale) ที่สร้างขึ้นโดยฟรอมเมลท์ (Frommelt, 1991) เป็นแบบสอบถามประเมินทัศนคติของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมทั้งด้านทัศนคติทางบวกและลบ มีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 30-150 คะแนน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีค่าความตรงเท่ากับ 1.00 และค่าความเที่ยง จากการนำไปใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 จำนวน ซึ่งใช้สูตร test-retest ได้ค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา เท่ากับ .94 มีการแปลแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทยตาเลียนและจีน และมีการใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลแบบประคับประคองทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในต่างประเทศกับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การศึกษาของเบรนต์สันและคณะ (Berndtsson et al., 2019) เรื่อง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาล การศึกษาของเอตาฟาและคณะ (Etafa et al, 2020) เรื่อง ความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในรัฐวอลเลก้า ประเทศเอธิโอเปีย และมีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ในการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2020) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ ความมั่นใจ และความต้องการในการศึกษาของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ส่วนในประเทศไทยมีการนำไปใช้ในการศึกษาของ นันทวัน สมานศักดิ์ (2559) เรื่อง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งได้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยตรวจฉุกเฉินของโรงพยาบาลภายในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน

(2) แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับความตาย (The Death Attitude Profile [DAP]) สร้างขึ้นโดยไนท์ (Knight, 2000) เป็นแบบประเมินความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความจำเพาะในเรื่องการเสียชีวิต แต่ไม่ได้มีความเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง มีข้อคำถาม 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน ครอบคลุมทั้งด้านทัศนคติทางบวกและลบ เครื่องมือนี้มา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของพยาบาล และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าความตรงเท่ากับ .87 และค่าความเที่ยง ซึ่งใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87 มีการแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทยและโปแลนด์ และมีการใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำไปใช้ในวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตของ กามา (Gama, 2012) และมีการนำไปใช้ในการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2014) เรื่อง การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว: ความรู้ ทัศนคติและการเตรียมความพร้อมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

(3) แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นโดย ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีความสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย โดยมีจำนวนคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุมทั้งทัศนคติทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 25-125 คะแนน มีค่าความตรงโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เท่ากับ .84 และมีความเที่ยงโดยทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้ในการศึกษากับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การศึกษาของ อีสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ซึ่งศึกษากับนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 และการศึกษาของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) ซึ่งศึกษากับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามธิบดี

(4) แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นโดย ทศนา มหามานุกาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง (2541) แบบประเมินนี้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดเกี่ยวกับความตาย และผู้ป่วยใกล้ตาย มีจำนวนคำถาม 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 17-85 คะแนน มีการนำไปใช้งานวิจัยของ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมใน การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตของพยาบาลโรงพยาบาลรัฐบาล ในกรุงเทพมหานคร นำไปกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .62 และมีการนำไปใช้ในการศึกษาของ วารินา หนูพิณิจ (2560) ซึ่งศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งนำเครื่องมือนี้ไป

ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .66

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดัดแปลงแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) เนื่องจาก แบบประเมินนี้สร้างจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย ซึ่งมีความคล้ายกับบริบทที่ต้องการศึกษา แต่แบบประเมินนี้ไม่ได้ประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงข้อความให้มีความตรงกับการดูแลแบบประคับประคองมากยิ่งขึ้น

### 2.3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศและในประเทศไทย พบการศึกษา ดังนี้

การศึกษาของเบรนต์สัน (Berndtsson et al., 2019) ซึ่งศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ในประเทศสวีเดน พบว่า หลังจากได้อบรมการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ พบการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2014) ซึ่งได้ศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจในประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลในระดับปานกลาง ( $r = .38, p < .05$ ) โดยด้านที่พบมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับและจัดการในระยะเสียชีวิต เนื่องจาก ในวัฒนธรรมเกาหลี คนในครอบครัวจะร่วมกันดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในระยะท้าย จึงมีทัศนคติในการดูแลและยอมรับการเสียชีวิต ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคองในระดับต่ำ เนื่องจากในการศึกษานี้ พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และพยาบาลประมาณร้อยละ 60 ไม่คุ้นเคยกับโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบาย ถึงแม้ว่าจะมีทัศนคติในการยอมรับและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแต่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะส่งผลให้พยาบาลเกิดความกังวล อาจทำให้แนวโน้มการเกิดพฤติกรรมลดลง สอดคล้องกับจากการศึกษาของ กามา (Gama, 2012) ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหน่วยการดูแลแบบประคับประคองในเมืองลิสบอน ประเทศโปรตุเกส ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมาก จะมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่งทัศนคติในการยอมรับการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนทัศนคติในการหลีกเลี่ยงที่จะดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจาก

พยาบาลที่ยังไม่ยอมรับและหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต จะมีความวิตกกังวลและความกลัวในการดูแล จึงทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายลดลง

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ นันทวัน สมนาศักดิ์ (2559) ซึ่งศึกษากับพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .31, p < .01$ ) โดยอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82 มีระดับทักษะคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทักษะคติส่งผลต่อแนวโน้มการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กจึงส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษากับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติ ของ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา มหานุภาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคว่าง (2541) ที่ศึกษาทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีทักษะคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน และมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมาก หากบุคคลมีทักษะคติที่ดีจะส่งผลให้เกิดความพยายามให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น (Bloom, 1964) และพบว่า ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .43, p = .00$ ) (อิสริยา รักเสนาะ และคณะ , 2561)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ทักษะคติต่อความตายไม่ได้มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ อีระชล สาตสิน (2559) ซึ่งได้อธิบายว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น พยาบาลควรมีความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่เนื่องจากศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งไม่เคยได้รับการอบรมในด้านนี้ การมีทักษะคติที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่มีผลกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ในต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะศึกษาทักษะคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือใกล้เสียชีวิต ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาทักษะคติของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังไม่พบการศึกษาทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งผลการศึกษายังไม่ได้มีข้อสรุปที่ชัดเจน รวมถึงไม่มีข้อมูลของการศึกษาทักษะคติของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองกับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาปัจจัยด้านทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

## 2.3.4 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง

### 2.3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้คำนิยามของอุปสรรค หมายถึง เครื่องขัดข้อง ความขัดข้อง หรือเครื่องขัดขวางการเกิดพฤติกรรม การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่พยาบาลรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติน้อย จึงไม่หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (จิตอาารี ศรีอาคะ, 2543; ตุลา วงศ์ปาลี, 2549; Romano, 2020) อีกทั้งพยาบาลจะแปลความจากสิ่งเร้าที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ หากพยาบาลแปลความหมายจากสิ่งเร้าว่าเป็นอุปสรรค พยาบาลจะมีความคิด ความเข้าใจ ทศนคติเชิงลบ และทำให้แนวโน้มพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายไปในทางที่ไม่ดี หรือหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ (จิตอาารี ศรีอาคะ, 2543; Kirchhol & Beckstrand, 2000; Larson & Tobin, 2000)

อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจทำให้พยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถแบ่งหัวข้อได้ 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ 1) อุปสรรคที่เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะใกล้ตายและครอบครัว เช่น การดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน ความเข้าใจและการยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง 2) อุปสรรคที่เกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ขาดความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจและแนวทางการรักษาไม่สอดคล้องกัน 3) อุปสรรคเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ได้แก่ แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ชัดเจน (Kim et al., 2014; Romano, 2020)

สรุปได้ว่า ในการปฏิบัติงาน พยาบาลอาจมีการรับรู้อุปสรรคที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับ การแปลความและความเข้าใจกับสิ่งเร้าที่พบเจอ แล้วแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยออกมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน การรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เช่นกัน

### 2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน ดังต่อไปนี้



(1) แบบประเมินอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายของพยาบาล สร้างขึ้นโดย ตูลา วงศ์पालี (2549) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อุปสรรค 5 ด้าน ได้แก่ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ด้านที่เกี่ยวกับครอบครัว ด้านที่เกี่ยวกับพยาบาลผู้ดูแล ด้านที่เกี่ยวกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ และด้านที่เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย มีจำนวนข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ หากตอบพยาบาลระบุว่าสิ่งนั้นไม่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายเลย ได้ 0 คะแนน จนถึง พยาบาลระบุว่าสิ่งนั้นเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายมากที่สุด ได้ 4 คะแนน มีคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 0-148 คะแนน นำแบบประเมินไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .93

(2) แบบประเมินอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง สร้างขึ้นโดย จินตนา เทพเสาร์ (Thepsaw et al., 2019) แบบประเมินนี้ดัดแปลงจากแบบสอบถามอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายของพยาบาล ของ ตูลา วงศ์पालี (2549) โดยปรับคำถามให้เหมาะการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งอุปสรรคเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัว ด้านพยาบาลผู้ดูแล ด้านบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ และด้านระบบการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีการหาค่าความเที่ยงโดยทดสอบกับพยาบาลที่ จำนวน 95 คน โดยใช้สูตร Split-half ได้ค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .87

(3) แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง (Barriers to palliative care) สร้างขึ้นโดยซีเอม (Zheim, 2016) เป็นแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองสร้างขึ้นเพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองและอุปสรรคที่พบ ซึ่งมีข้อคำถามในด้านผู้ป่วยและครอบครัว และระบบสุขภาพ แต่ไม่ได้แบ่งด้านอย่างชัดเจน มีจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 5 คะแนน) คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 18-90 คะแนน มีค่าความตรงโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เท่ากับ .78 และมีความเที่ยงที่นำไปใช้ในงานของซีเอม (Zheim, 2016) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 315 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .93 และ .90 ตามลำดับ

เครื่องมือในการประเมินอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเครื่องมือที่มีความเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง ของ ซีเอม (Zheim, 2016) แต่เป็นแบบประเมินไม่ได้มีการแบ่งเป็นรายด้านอย่างชัดเจน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงข้อคำถามและแบ่งรายด้านจากแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง ของ ซีเอม (Zheim, 2016) ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามากขึ้น

#### 2.3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง ของ ซีเอม (Zheim, 2016) ที่ศึกษาเรื่อง การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว: สิ่งสนับสนุนและอุปสรรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจ ประเทศเยอรมนี พบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การดำเนินโรคที่คาดการณ์ได้ยาก บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้และความมั่นใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และไม่มีประสบการณ์และไม่เข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ วิธีการดำเนินโรคที่คาดการณ์ได้ยาก ทำให้การดูแลและการวางแผนในการดูแลมีประสิทธิภาพลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของคิม และคณะ (Kim et al., 2014) ซึ่งศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ ประเทศเกาหลีใต้ จากการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การดำเนินโรคที่ไม่ชัดเจน ไม่สามารถทำนายได้ การที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้เกี่ยวกับหลักการในการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติไม่ตรงกันในการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์ขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจน

สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉินของ วราภรณ์ คงสุวรรณ และคณะ (2557) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงคุณภาพของปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (Descriptive phenomenology) ที่ศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน อย่างน้อย 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคของพยาบาลแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้ 1) สภาพแวดล้อมเชิง

โครงสร้างของห้องฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม ไม่มีห้องสำหรับให้ข้อมูลญาติและให้ญาติพักในขณะที่เสร์้าโศก ไม่มีห้องเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 2) วัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน ได้แก่ รับคนไข้ที่ไม่จำกัด มุ่งเน้นการช่วยและการยื้อชีวิต ไม่เน้นความสุขสบาย ไม่มีแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และ 3) ศักยภาพของแพทย์และพยาบาล ได้แก่ ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ ขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเสร์้าโศก และไม่ยอมรับการตาย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองพบในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤติ ในการศึกษาเชิงคุณภาพของ นูรดีนี แมเร๊ะ และคณะ (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียู 2 แห่ง ในโรงพยาบาลจังหวัดนราธิวาส จำนวน 10 ราย พบว่า พยาบาลสะท้อนอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระงานมาก 2) ทรัพยากรมีจำกัด 3) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และ 4) ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง และพบในงานวิจัยเชิงศึกษาความสัมพันธ์ของ จินตนา เทพเสาร์ (Thepsaw et al., 2019) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และอุปสรรค กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง พบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.23, p < .05$ ) โดยสิ่งที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคมากที่สุดคือ ขาดการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว อาจเพราะในการวางแผนการดูแลต้องมีการประชุมครอบครัว หากขาดการสื่อสารจะทำให้ครอบครัวเกิดความสงสัยในการดูแล และทำให้รู้สึกไม่ไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษากับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง จากการศึกษาของ จิรวัดน์ ประคองพันธ์ (2565) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย เมื่อมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้พยาบาลนั้นสามารถจัดการและแก้ไขปัญหาได้ อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งผลการศึกษาระหว่างความสัมพันธ์ของอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองกับพฤติกรรม

พยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ได้มีความสอดคล้องกัน ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาตัวแปรอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และ พฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อหา ข้อสรุปและศึกษาในบริบทที่แตกต่างกันออกไป

### 2.3.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

#### 2.3.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยมีความรุนแรงและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการจัดการและการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข อีกทั้งในปัจจุบัน โลกก้าวเข้าสู่ยุคสังคมดิจิทัล เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิต ซึ่งสื่อดิจิทัลมีความสำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้และพัฒนาสังคม บุคคลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการใช้สื่อดิจิทัล (กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2559) อีกทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ต้องการการติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน ซึ่งผู้ป่วยสะท้อนว่าเป็นสิ่งที่ดีและช่วยให้ตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น (รัตนภรณ์ สังข์ทอง, 2565) หากพยาบาลมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ มีหลายแนวคิดและองค์ประกอบ ดังนี้

ยูน และคณะ (Yoon et al., 2009) ได้ให้ความหมายของทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ คือ ทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึง การวิเคราะห์ การใช้สารสนเทศและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสารสนเทศ ซึ่งได้นำแนวคิดการรู้ดิจิทัลมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสมรรถนะสารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน ที่พยาบาลควรมีในการพัฒนาการรู้และการใช้ดิจิทัล ได้แก่ 1) การรู้บทบาทของสารสนเทศทางคลินิก (Clinical informatics role) 2) ความรู้และทักษะคอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐาน (Basic computer knowledge and skill) 3) การประยุกต์ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์กับสารสนเทศ (Applied computer skills: Clinical informatic) 4) ทศนคติต่อสารสนเทศทางคลินิก (Clinical informatics attitudes) และ 5) ทักษะการใช้อุปกรณ์ไร้สาย (Wireless device skills)

แวนเดอร์วาท และคณะ (Van der Vaart et al., 2011) ได้จำแนกทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ 6 ทักษะ ดังต่อไปนี้ 1) ทักษะการปฏิบัติงาน (Operational skills) 2) ทักษะการนำทาง (Navigation skills) 3) ทักษะการสืบค้นสารสนเทศ (Information

searching) 4) ทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือ (Evaluating reliability) 5) ทักษะการตัดสินใจ และผลิตเนื้อหาด้วยตนเอง (Determining relevance, adding self-generated content) และ 6) ทักษะการป้องกันความเป็นส่วนตัว (Protecting privacy)

สมาคมห้องสมุดอเมริกัน (American Library Association, 2013) ได้ให้ความหมายของการรู้ดิจิทัล (Digital health literacy) หมายถึง ความสามารถในการใช้สารสนเทศและเทคโนโลยีเพื่อค้นหา ประเมิน สร้างสรรค์ และสื่อสาร สารสนเทศ ซึ่งการรู้ดิจิทัลต้องการทักษะทางการคิดและทักษะทางเทคนิค

Joint Information Systems Committee (JISC, 2014) ได้อธิบายองค์ประกอบของการรู้ดิจิทัล มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) คือ การอ่านอย่างมีวิจารณญาณและผลิตผลงานอย่างสร้างสรรค์และสื่อสารอย่างมืออาชีพ 2) การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน (Communications and collaboration) คือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายดิจิทัล 3) การจัดการอาชีพและความเป็นตัวตน (Career and identity management) คือ การจัดการตัวตนบนโลกออนไลน์ 4) การรู้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT literacy) คือ การยอมรับ การปรับตัว การใช้อุปกรณ์ดิจิทัล และบริการดิจิทัล 5) ทักษะการเรียนรู้ (Learning skills) คือ การศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยี 6) ความเป็นวิชาการดิจิทัล (Digital scholarship) คือ การมีส่วนร่วมทางวิชาการ การดำเนินการทางวิจัยและวิชาชีพที่ขึ้นอยู่กับระบบดิจิทัล และ 7) การรู้สารสนเทศ คือ การสืบค้น การตีความ การประเมิน การจัดการ และแบ่งปันสารสนเทศ

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2559) ได้อธิบายองค์ประกอบของการรู้ดิจิทัล 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สิทธิและความรับผิดชอบ คือ รับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ด้วยการใช้สิทธิ เสรีภาพอย่างถูกต้อง ไม่ขัดต่อกฎหมายและจริยธรรม 2) การเข้าถึงสื่อดิจิทัล คือ ความเข้าใจอินเทอร์เน็ตและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต เพื่อให้สามารถสืบค้นข้อมูลที่ต้องการได้ 3) การสื่อสารยุคดิจิทัล คือ ความเข้าใจการสื่อสารผ่านทางสื่อ และเครื่องมือทางดิจิทัล โดยการใช้ข้อความอย่างสร้างสรรค์ มีประโยชน์ และเคารพผู้อื่น 4) ความปลอดภัยยุคดิจิทัล คือ ความเข้าใจความมั่นคง และความเป็นส่วนตัว ในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในยุคดิจิทัล รวมถึงภัยในรูปแบบต่าง ๆ การป้องกัน การลดความเสี่ยงต่อภัยเหล่านั้น 5) ความเข้าใจสื่อดิจิทัล คือ ความเข้าใจสารสนเทศและสื่อในยุคดิจิทัล ประเมินประโยชน์ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และสามารถใช้นำเสนอได้ 6) แนวทางปฏิบัติในยุคดิจิทัล คือ แนวทางปฏิบัติในสังคมมารยาท และพฤติกรรมอันพึงปฏิบัติเมื่ออยู่ร่วมในสังคมดิจิทัล รวมทั้งการประพฤติตามมารยาทที่เหมาะสม 7) สุขภาพดียุคดิจิทัล คือ ความเข้าใจอันตรายและผลกระทบด้านสุขภาพทั้งกายและจิต

รวมทั้งการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อดิจิทัล เพื่อป้องกัน หลีกเลี่ยง และลดผลกระทบ ต่อตัวเองและคนใกล้ตัว เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในยุคดิจิทัลได้ 8) ดิจิทัลคอมเมอร์ซ คือ ความเข้าใจการทำธุรกิจออนไลน์ หรือ อีคอมเมอร์ซ ประเภทต่าง ๆ และ 9) กฎหมายดิจิทัล คือ ความเข้าใจสิทธิในการใช้สื่อดิจิทัลในรูปแบบต่าง ๆ

วอร์ดานี และคณะ (Wardhani et al., 2019) ให้คำนิยามของการรู้ดิจิทัล คือ ความสามารถพื้นฐานในการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลเพื่อประเมินจัดเก็บ ผลิต นำเสนอ แลกเปลี่ยนข้อมูลสื่อสารและมีส่วนร่วมในเครือข่ายผ่านอินเทอร์เน็ต ประกอบด้วย 1) การรู้เท่าทันสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technology literacy) 2) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 3) การรู้สารสนเทศ (Information literacy)

สมาคมเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย (Australian Digital Health Agency, 2020) ได้กำหนดแนวคิดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพทางการแพทย์และการผดุงครรภ์แห่งชาติ (National Nursing and Midwifery Digital Health Capability Framework) (Australian Digital Health Agency, 2020) ซึ่งมีการนำแนวคิดนี้มาใช้หลายแห่งหลายในทวีปออสเตรเลียและอเมริกา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

1.1) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development) คือ การที่พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลในการพัฒนาวิชาชีพ

1.2) ความรู้ในเชิงวิธีการ (Procedural Knowledge) คือ การที่พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย จริยธรรม ความปลอดภัยและเป็นส่วนตัว

1.3) การยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Digital Identity) คือ การที่พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลเพื่อเพิ่มและรักษาชื่อเสียงของตนเอง

2) ด้านการมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

2.1) การพิทักษ์สิทธิด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้ป่วย (Patient Digital Health Advocacy) คือ การที่พยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วยและพยาบาลคนอื่นๆ เกี่ยวกับการเก็บรวบรวม การเข้าถึง และการใช้ข้อมูล เพื่อให้มีสิทธิในการรับทราบข้อมูลและช่วยในการตัดสินใจในการรักษา

2.2) ภาวะผู้นำภายในองค์กร (Leadership Within Organisation) คือ การที่พยาบาลมีความเป็นผู้นำ และกระตุ้นในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลของสุขภาพมาใช้ภายในองค์กรของตน

2.3) ภาวะผู้นำยุคดิจิทัลในการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Digital Leadership in Nursing and Midwifery Professions) คือ การที่พยาบาลเป็นผู้นำในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ

3) ด้านคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

3.1) การจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล (Data Capture) คือ การที่พยาบาลสามารถจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์และถูกต้อง

3.2) การจัดการข้อมูล (Data Management) คือ การที่พยาบาลสามารถเข้าถึงและจัดการข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย

3.3) ระยะเวลาของข้อมูล (Data Lifecycle) คือ การที่พยาบาลมีการนำข้อมูลและใช้ประโยชน์ของข้อมูลอย่างเหมาะสม

4) ด้านการใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

4.1) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data Sharing) คือ การที่พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

4.2) การสร้างและการใช้สารสนเทศ (Information Creation and Use) คือ การที่พยาบาลใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มาสร้างข้อมูลสำหรับตนเอง ผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน

4.3) การส่งเสริมการปฏิบัติ (Extending Practice) คือ การที่พยาบาลนำข้อมูลจากเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมาพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

5) ด้านเทคโนโลยี (Technology) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

5.1) เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technologies) คือ การที่พยาบาลศึกษาและเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการปฏิบัติงาน

5.2) การอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Governance) คือ การที่พยาบาลปฏิบัติตามนโยบายและแนวปฏิบัติทางจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

5.3) การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) คือ การที่พยาบาลสามารถแก้ไขและแนะนำการแก้ไขระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ก่อให้เกิดปัญหาได้

ฟาน และหวัง (Fan & Wang, 2022) อธิบายว่า ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ใช้และสร้างข้อมูลและตระหนักถึงความปลอดภัยเกี่ยวกับเนื้อหาดิจิทัล ซึ่งได้แบ่งองค์ประกอบความรู้ดิจิทัลได้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้านสารสนเทศ (Information Skills) 2) ทักษะด้านการสื่อสาร (Communication skills) 3) ทักษะใน



การสร้างสรรค์ (Creation skills) 4) ทักษะในการใช้ดิจิทัลอย่างปลอดภัย (Digital safety skills) และ 5) ทักษะความเห็นใจทางดิจิทัล (Digital empathy skills)

### 2.3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

แบบประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีทั้งเครื่องมือการประเมินการรู้ดิจิทัลทั่วไป และการรู้ดิจิทัลของพยาบาล โดยมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

(1) แบบประเมินสมรรถนะสารสนเทศทางการพยาบาล (The Self-Assessment of Nursing Informatics Competencies Scale [SANICS]) สร้างขึ้นโดย ยูน และคณะ (Yoon et al., 2009) สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรู้ดิจิทัลดิจิทัลและสารสนเทศทางการพยาบาล เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นสำหรับประเมินการรู้ดิจิทัลสำหรับพยาบาลโดยเฉพาะ ซึ่งแบ่งองค์ประกอบเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ การรู้บทบาทของสารสนเทศทางคลินิก ความรู้และทักษะคอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐาน การประยุกต์ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์กับสารสนเทศ ทศนคติต่อสารสนเทศทางคลินิก และทักษะการใช้อุปกรณ์ไร้สาย จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 0-120 คะแนน แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .96 และได้นำไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 336 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 แบบประเมินนี้ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย และได้มีการนำไปแปลเป็นภาษาเกาหลี จากงานวิจัยของเซียว (Seo et al., 2019) และในทวีปแอฟริกา มีการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ศึกษากับนักศึกษาพยาบาลในสาธารณรัฐอหรับอียิปต์ของมูฮัมเหม็ด และคณะ (Mohamed, 2020)

(2) แบบประเมินการรู้ดิจิทัลด้านสุขภาพ (The Digital Health Literacy Instrument [DHLI]) สร้างขึ้นโดย แวนเดอร์วาท (Van der Vaart, 2011) ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการรู้สารสนเทศและการรู้ดิจิทัล ซึ่งข้อคำถามจะแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิบัติงาน 2) ทักษะการนำทาง 3) ทักษะการสืบค้นสารสนเทศ 4) ทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือ 5) ทักษะการตัดสินใจและผลิตเนื้อหาด้วยตนเอง และ 6) ทักษะการป้องกันความเป็นส่วนตัว มีจำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งลักษณะคำตอบเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อคำถาม 1-20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ และข้อ 21-25 เป็นการเลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องจากรูปภาพที่นำมา ซึ่งคะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 21-84 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity



index) เท่ากับ .89 และได้นำไปทดลองกับนักศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร test-retest reliability เท่ากับ .77

(3) แบบประเมินสมรรถนะการรู้ดิจิทัล (Digital Literacy Competence) สร้างขึ้นโดย วอร์ดานี และคณะ (Wardhani, 2019) แบบประเมินนี้ สร้างจากแนวคิดการเรียนรู้ดิจิทัลของสมาคมห้องสมุดอเมริกัน (American Library Association, 2013) และจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้เท่าทันสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technology literacy) 2) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 3) การรู้สารสนเทศ (Information literacy) มีจำนวน 44 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 44-220 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .81 และได้นำไปทดลองกับนักศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95

(4) แบบประเมินการรู้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ (Digital Health Technology Literacy Assessment Questionnaire [DHTL-AQ]) สร้างขึ้นโดย ยูนและคณะ (Yoon et al., 2022) แบบประเมินสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการรู้ดิจิทัล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 36-144 คะแนน ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 จากการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 370 คน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือเกี่ยวกับทักษะหรือการรู้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ จะมีการนำมาใช้กับพยาบาลวิชาชีพน้อย ส่วนแบบประเมินที่ใช้วัดทักษะของพยาบาลยังมีเนื้อหาในแบบสอบถามยังไม่สอดคล้องกับยุคปัจจุบันที่มีเทคโนโลยีแบบใหม่เข้ามาเพิ่มขึ้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือ ซึ่งเป็นแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ โดยสร้างจากแนวคิดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (National Nursing and Midwifery Digital Health Capability Framework) (Australian Digital Health Agency, 2020) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งเป็นทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่มีความทันสมัยในปัจจุบัน และมีการนำแนวคิดนี้มาใช้หลายแห่งหลายในทวีปออสเตรเลียและอเมริกา ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือจากแนวคิดนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษามากขึ้น

### 2.3.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรู้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากการรู้ดิจิทัลมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะและทักษะในการทำงานหรือการแก้ไขปัญหา (Martin, 2006; Prior et al., 2016) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพกับพยาบาล ซึ่งการรู้ดิจิทัลของพยาบาลในระดับสูงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก พยาบาลจะสามารถสืบค้นข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถสอนเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งสามารถสร้างนวัตกรรมเพื่อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างหลากหลายและมีความสะดวกมากขึ้น (Terry et al., 2019) และเป็นส่วนสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน ซึ่งพบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การใช้แอปพลิเคชันกับผู้ป่วยและญาติเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการสืบค้นข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการรู้ดิจิทัลของพยาบาลจะส่งเสริมให้พยาบาลนำความรู้เพื่อมาวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้น (Mills et al., 2021) นอกจากนี้ จากการศึกษาในทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้และเอเชีย พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลมีการรู้เทคโนโลยีและดิจิทัลในระดับปานกลาง เนื่องจาก มีการใช้เทคโนโลยีที่ใช้ในการศึกษาและดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น แต่ยังมีบางส่วนที่ยังไม่เข้าใจและไม่สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่เนื่องจากขาดสมรรถนะในการรู้ดิจิทัลและสารสนเทศ (Cruz et al., 2011; Choi, 2012; Abdibo et al., 2015; Jinna et al., 2017; Seo et al., 2019) ในการศึกษาการรู้ดิจิทัลกับพยาบาล พบในงานวิจัยของ ยูน และคณะ (Yoon et al., 2009) ซึ่งศึกษาสมรรถนะสารสนเทศทางการพยาบาลในพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 336 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความรู้และทักษะคอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐาน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี และร้อยละ 87.1 ใช้คอมพิวเตอร์วันละหลายครั้ง ส่วนคะแนนด้านที่ต่ำสุดคือด้านการประยุกต์ใช้ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์กับสารสนเทศ ซึ่งได้อธิบายว่า พยาบาลมีภาระงานมาก จึงไม่ค่อยมีเวลาสืบค้นความรู้ที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งในโรงพยาบาลมีหน่วยงานตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์ทางการแพทย์ พยาบาลจึงไม่ได้มีประสบการณ์ในการใช้แอปพลิเคชันในการตรวจสอบหรือศึกษาการใช้งานอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของซอและคณะ (Seo et al., 2019) ที่ศึกษาสมรรถนะสารสนเทศทางการพยาบาลกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 254 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านทักษะการใช้อุปกรณ์ไร้สายสูงสุด และด้านการประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์กับสารสนเทศมีคะแนนต่ำที่สุด อาจเป็นเพราะนักศึกษายังมีประสบการณ์ในการใช้ทรัพยากรของแหล่งสารสนเทศที่ห่อผู้ป่วยน้อย จึงทำให้ไม่มีความเชี่ยวชาญและมีพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับต่ำถึงปานกลาง

อีกทั้งการศึกษาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน พบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น เช่น การติดตามอาการทางไกล การปรึกษาแพทย์ออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพและประมวลผล ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถสามารถมองเห็นหน้าและสนทนากันได้ทั้ง 2 ฝ่าย ไร้ข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ เป็นต้น เนื่องจาก ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องมีอาการติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยบางรายต้องใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น ซึ่งอาจมีความซับซ้อนในการดูแล และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ดังนั้น หากผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตามมาตรฐาน เพิ่มความปลอดภัย และมีความสะดวกในการดูแลและติดต่อสื่อสารมากยิ่งขึ้น (Singhal & Cowie, 2021) อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีทักษะในการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Rodríguez & Achury, 2022; McBeath et al., 2022)

การศึกษาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพโดยทั่วไป พบการศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของแวนเดอร์วาท (Van der Vaart, 2011) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า คะแนนที่สูงที่สุดทักษะการปฏิบัติงาน แต่ด้านทักษะการป้องกันความเป็นส่วนตัวมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35-49 ปี ซึ่งช่วงวัยนี้มีการใช้อินเทอร์เน็ตและสารสนเทศในการทำงานมาก จึงมีทักษะในการปฏิบัติงานสูง แต่อาจพบการหลอกลวงทางอินเทอร์เน็ตได้มาก เนื่องจากบางรายไม่ทราบการตั้งค่าป้องกันความเป็นส่วนตัว หรือความรู้ในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.5 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการป้องกันความเสี่ยงในเครือข่ายอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับต่ำ (Yoon et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ พบว่า ในปัจจุบันมีการศึกษาเรื่องการรู้ดิจิทัลและสารสนเทศในหลากหลายหน่วยงาน ซึ่งพบในหน่วยงานสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น แต่ยังพบการศึกษาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองน้อย และไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลกับพฤติกรรมพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษาในครั้งนี้จึงได้เลือกศึกษาในตัวแปรดังกล่าว เพื่อที่สามารถนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องและก้าวทันโลกยุคเทคโนโลยี

## 2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีการเสื่อมสภาพของหัวใจ เกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ และมีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาภายหลังเกิดพยาธิสภาพและการไม่ได้จัดการสาเหตุของพยาธิสภาพนั้นๆ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ว่าจะใช้ยาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเต็มที่ อากาการบวมและการดำเนินโรคที่ไม่หยุดนิ่ง ทำให้เกิดอาการรุนแรงได้ตลอด จนอาจถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างชัดเจน และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ในปัจจุบันจึงได้นำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีแนวทางในการดูแลอย่างชัดเจน และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าความต้องการซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น หากพยาบาลควรมีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินการดำเนินโรค 2) การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7) การดูแลทางจิตวิญญาณ และ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาหน่วยงานและระบบบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานและคุณภาพในการดูแลที่สูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังพบน้อย ส่วนใหญ่จะพบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง อีกทั้งยังพบในต่างประเทศ เช่น ทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชียตะวันออก ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพกับพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวจนถึงภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**3.2.1 ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี นนทบุรี อ่างทอง ลพบุรี สระบุรี นครนายก สิงห์บุรีและพระนครศรีอยุธยา ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 14 โรงพยาบาล จำนวน 1,284 คน (จากการโทรศัพท์สอบถามเมื่อวันที่ 13-16 มิถุนายน พ.ศ. 2565)

**3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษหรือหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 4 (ดังภาคผนวก ข) ตามลักษณะเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

#### 3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.3.1 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(1) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤตมาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป

(2) พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification) พ.ศ. 2563 อย่างน้อย 3 ราย

### 3.2.3.2 เกณฑ์ในการออก (Exclusion Criteria)

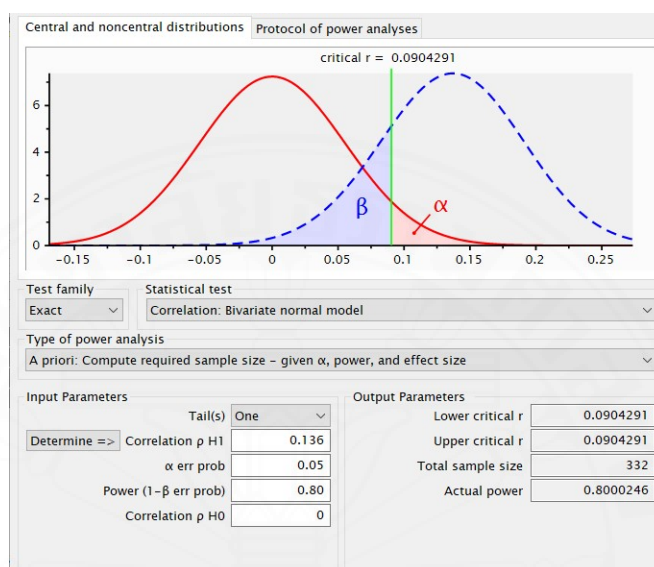
(1) พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการพยาบาล เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย  
(2) พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย หรือมีเหตุที่ไม่อาจตอบแบบสอบถามได้

### 3.2.4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากงานวิจัยที่เคยทำมาก่อนซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ต้องการศึกษาในด้านประชากร ตัวแปรที่ศึกษาและสถานที่ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ ศศิวิมล ปานุราช (2560) วัตถุประสงค์หลักในงานวิจัยคือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตบริการที่ 4 ในงานวิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ให้มีความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 ได้จำนวน 300 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีงานวิจัยที่มีตัวแปรอิสระหลายตัวแปร ขนาดอิทธิพลให้ใช้ขนาดอิทธิพลของตัวแปรหลัก ในกรณีหากทุกตัวแปรเป็นตัวแปรหลักให้คำนวณขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระทุกตัวแปรและศึกษาจากขนาดตัวอย่างใหญ่ที่สุด (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2563) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ในแต่ละตัวแปร กำหนดให้อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 จากนั้นผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า Exact เลือก Statistic test ประเภท Correlation: Bivariate normal model ซึ่งพบว่าขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ที่สุด ได้แก่ 332 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามรวมถึงความสมบูรณ์ในการตอบกลับของแบบสอบถาม จากการศึกษาของ ศศิวิมล ปานุราช (2560) ได้รับแบบสอบถามที่มี



ความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้นจำนวน 295 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.7 ผู้วิจัย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2021) จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 365 คน



ภาพที่ 3.1 การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

### 3.2.4.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (two-stage random sampling) ซึ่งโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสุ่มโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดระดับของโรงพยาบาลเป็นชั้นภูมิ (Stratum) และดำเนินการสุ่มและดำเนินการสุ่มแบบไม่คืนที่ (stratified random sampling without replacement) โดยใช้สัดส่วน 1 : 2 ได้ 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (Proportionate simple random sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจากสูตร ขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน  $= n \times n1/N$  (เมื่อ  $n$  = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย,  $n1$  = ขนาดประชากรในชั้นภูมิหรือในกลุ่มย่อย,  $N$  = ขนาดประชากรของงานวิจัย) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 365 คน เพื่ออ้างอิงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วยโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling without replacement) โดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยแบบไม่คืนที่ให้ได้ครบตามจำนวน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	394	112
โรงพยาบาลสระบุรี	210	60
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	148	42
โรงพยาบาลพระพุทธบาท	140	40
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	134	38
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	131	37
โรงพยาบาลนครนายก	127	36
รวม	1,284	365

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 13 ข้อเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบการณ์ของพยาบาลในการได้รับการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลแบบประคับประคอง และหน่วยงาน หรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Nurses' Behavior in Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire [NBPC-HF])

ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินนี้จากการกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (European Society of Cardiology , 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Kim et al., 2014; Ziehm et al., 2016; Bierle et al., 2021) จำนวน 35 ข้อ หัวข้อในแบบประเมินประกอบด้วย 1) การประเมินการดำเนินโรค 3 ข้อ 2) การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย 7 ข้อ 3) ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 5 ข้อ 4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 5 ข้อ 5) การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4 ข้อ 6) การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 4 ข้อ 7) การดูแลทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และ 8) การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35-140 คะแนน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1	คะแนน

### เกณฑ์การแปลผล

ผู้วิจัยจะใช้คะแนนในการแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลคะแนนใช้แบ่งเป็น 3 ระดับ อ้างอิงตามเกณฑ์คำนวณหาอันตรายภาคขึ้นตามสูตรของชูศรี วงศ์รัตน์ (Wongrattana, 2017) โดยนำคะแนนสูงสุดลบต่ำสุดหารสุดด้วยจำนวนอัตราภาคขึ้นและให้ความหมายของคะแนนดังนี้

- |           |               |  |
|-----------|---------------|--|
| 106 - 140 | คะแนน หมายถึง | พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสูง     |
| 70 - 105  | คะแนน หมายถึง | พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับปานกลาง |
| 35 - 69   | คะแนน หมายถึง | พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับต่ำ     |

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Questionnaire [PCKQ])

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นโดยตาริกา พรหมแสง (2564) ซึ่งประยุกต์มาจากสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative nurse specialist competencies) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคอง เนื้อหาครอบคลุมความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง 6 ด้าน จำนวน 52 ข้อ ได้แก่ 1) ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ 2) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5 ข้อ 3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 8 ข้อ 4) อาการและการจัดการอาการ จำนวน 13 ข้อ 5) จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ จำนวน 8 ข้อ และ 6) การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย จำนวน 12 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงลักษณะคำตอบร้อยละ 50 จากเดิมให้เลือกรับตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบทั้งหมด เป็นคำถาม 2 ลักษณะในแต่ละด้าน ได้แก่ 1) แบบให้เลือกรับตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความด้านบวกจำนวน 22 ข้อ และข้อความด้านลบจำนวน 4 ข้อ และ 2) แบบหลายตัวเลือกจำนวน 26 ข้อ คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินที่ดัดแปลงไปหาค่าความเที่ยงและความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้ง ดังนี้

**ตารางที่ 3.2** เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง  
ในส่วนลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ

ด้าน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
1) ด้านความหมาย	1	2,3
2) ด้านการประเมิน	7,8	-
3) ด้านการให้ข้อมูล	13,14,15	12
4) ด้านอาการและการจัดการอาการ	20,21,22,23,24,25	-
5) จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ	33,34,35,36	-
6) การดูแลระยะใกล้ตาย ชะตาและหลังตาย	40,41,43,44,45,46	42

ลักษณะคำตอบเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ

ถูก	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นถูก
ผิด	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นผิด
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านคิดว่าท่านไม่รู้/ไม่ทราบข้อความในข้อนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูกต้อง	ให้	1	คะแนน
ตอบผิด หรือไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลตามการแบ่งคะแนนของ (Bloom, 1964)

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (น้อยกว่า 33 คะแนน)	หมายถึง	ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ถึง 79 (33 - 42 คะแนน)	หมายถึง	ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า 42 คะแนน)	หมายถึง	ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Attitude Questionnaire [PCAQ])

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นโดย ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกความเชื่อและความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยผู้วิจัยดัดแปลงให้เข้ากับนิยามการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ข้อความด้านบวกจำนวน 14 ข้อ 2) ข้อความด้านลบจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 25-125 คะแนน ลักษณะคำตอบมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ตอบหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ตอบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ตอบเลย

ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็นด้านบวกและลบ ดังนี้

ข้อความด้านบวก ได้แก่ 1,2,5,8,12,13,16,18,19,20,21,22,24 และ 25

ข้อความด้านลบ ได้แก่ 3,4,6,7,9,10,11,14,15,17 และ 23

#### ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง

ลักษณะคำตอบ	คะแนนที่ได้ในข้อที่แสดงถึงทัศนคติที่ดี	คะแนนที่ได้ในข้อที่แสดงถึงทัศนคติที่ไม่ดี
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

## เกณฑ์การแปลผล

คะแนนรวมระหว่าง 93-125 คะแนน	หมายถึง	ทัศนคติดี
คะแนนรวมระหว่าง 60-92 คะแนน	หมายถึง	ทัศนคติระดับปานกลาง
คะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 59 คะแนน	หมายถึง	ทัศนคติไม่ดี

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Perceived Barriers to Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire [PBPC-HF])

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Barriers to palliative care questionnaire in heart failure patients) ของ Ziehm (2016) โดยดัดแปลงให้เข้ากับบริบทมากยิ่งขึ้น ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านระบบการดูแล จำนวน 9 ข้อ คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-72 คะแนน ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เป็นอุปสรรค	หมายถึง	รับรู้ว่ามันไม่เป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
เป็นอุปสรรคน้อย	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงเล็กน้อย
เป็นอุปสรรคปานกลาง	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง
เป็นอุปสรรคมาก	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมาก
เป็นอุปสรรคมากที่สุด	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เป็นอุปสรรค	ให้	0	คะแนน
เป็นอุปสรรคน้อย	ให้	1	คะแนน
เป็นอุปสรรคปานกลาง	ให้	2	คะแนน
เป็นอุปสรรคมาก	ให้	3	คะแนน
เป็นอุปสรรคมากที่สุด	ให้	4	คะแนน

### เกณฑ์การแปลผล

แบ่งระดับด้วยวิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย (Wongrattana, 2017) คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน ระดับอุปสรรคในการดูแลออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0-14 คะแนน	หมายถึง	พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
15-28 คะแนน	หมายถึง	พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย
29-43 คะแนน	หมายถึง	พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับปานกลาง
44-58 คะแนน	หมายถึง	พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมาก
59-72 คะแนน	หมายถึง	พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมากที่สุด

### ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ (Digital Health Technology Skills Questionnaire [DHTSQ])

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจากแนวคิดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แห่งชาติ (National Nursing and Midwifery Digital Health Capability Framework) (Australian Digital Health Agency, 2020) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) 2) ด้านการมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) 3) ด้านคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) 4) ด้านการใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) และ 5) ด้านเทคโนโลยี (Technology) โดยใช้แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับมาก ส่วนคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับน้อย รายละเอียดดังนี้



มากที่สุด	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมากที่สุด
มาก	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมาก
ปานกลาง	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพปานกลาง
น้อย	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
มาก	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	1	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลตามการแบ่งคะแนนของ (Bloom, 1964)

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (น้อยกว่า 60 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพในระดับน้อย
คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ถึง 79 (60 - 79 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า 80 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลมีการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพในระดับมาก

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 3.4.1 การแปลภาษาของเครื่องมือ

ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้แปลภาษาและตัดแปลงเครื่องมือให้เข้ากับบริบทแล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการแปลย้อนกลับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือวิจัย (นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2554; Polit & Beck, 2021) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาต้นฉบับเป็นภาษาเป้าหมาย (target language) ซึ่งผู้วิจัยแปลโดยใช้การแปลแบบสมมาตร เป็นการแปลที่ยึดความ

เท่าเทียมกันระหว่างสองภาษา โดยภาษาของเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับและภาษาที่เป็นเป้าหมายมีความหมายที่ถูกต้องและเป็นภาษาที่ใช้กันทั่วไปหรือใช้ในชีวิตประจำวันของประชากรที่ใช้ภาษานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Review of the translated version by reviewer) เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล ซึ่งบุคคลที่จะตรวจสอบเครื่องมือฉบับแปลต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกับผู้แปลในขั้นตอนที่ 1 (ผู้ที่แปลจากภาษาต้นฉบับเป็นภาษาเป้าหมาย) ซึ่งก่อนจะให้ผู้แปลคนที่สองแปลย้อนกลับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาในการแปล

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Backward translation) จากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาต้นฉบับ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการผ่านผู้ทรงคุณวุฒิในศูนย์วิจัยทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อลอคอคติในการแปลย้อนกลับและเพิ่มความแม่นยำในการแปล เนื่องจากผู้แปลย้อนกลับต้องเป็นผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual person)

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการผ่านผู้ทรงคุณวุฒิในศูนย์วิจัยทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้งภาษาและวัฒนธรรมของเครื่องมือ

### 3.4.2 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้น ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ รวมทั้งเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปตรวจสอบเนื้อหาและความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย

- 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน
- 4) พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน
- 5) พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหาโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจากการนำผลการตอบแบบสอบถามและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาคำนวณหาค่าความตรงดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของข้อคำถาม (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2552) ดังต่อไปนี้

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงสอดคล้องกับค่านิยมปฏิบัติการ
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในงานวิจัย ในส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) มีค่าเท่ากับ .91, .92, .92, 1.00 และ .88 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขได้ตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เพื่อให้เครื่องมือมีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น

### 3.4.3 การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและพิเศษที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบประเมินมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดย

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [KR-20]) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, .84, .82 และ .97

### 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.5.1 ชั้นเตรียมการ

3.5.1.1 เมื่อได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยได้เสนอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และขอรับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลพระพุทธบาท และโรงพยาบาลนครนายก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

3.5.1.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลผู้รับผิดชอบ หรือ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลที่สุ่มได้ หลังจากนั้นจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบจำนวนของแบบสอบถามการดำเนินการในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย

#### 3.5.2 ขั้นตอนการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.1 ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำโดยผู้วิจัยและผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งผู้วิจัยจะเตรียมและชี้แจงกับผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลเกี่ยวกับการพิทักษ์

สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม การตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย

3.5.2.2 ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ผู้วิจัยจะเป็นผู้สุ่มรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ในส่วนแบบสอบถามและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยจะใส่ซองเอกสารที่ปิดผนึกอย่างเรียบร้อย และส่งมอบเอกสารให้แก่ผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง หลังจากขอความยินยอมจากอาสาสมัครวิจัย ผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลจะแจกแบบสอบถามแก่ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมชี้แจงคำสั่งของการทำแบบสอบถาม

3.5.2.3 ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยให้คืนที่ผู้ประสานงานวิจัย จากนั้นผู้ประสานงานวิจัยจะรวบรวมเอกสารทั้งหมด แล้วผู้วิจัยจะไปปรับแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานวิจัย

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างใน 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้ หรือผลเสียจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ดังนี้

3.6.1 เสนอโครงการวิทยานิพนธ์ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

3.6.2 การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการขัดกันแห่งผลประโยชน์ของผู้วิจัย (conflict of interest) เนื่องจาก ผู้วิจัยไม่ได้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงและขอความยินยอมกับอาสาสมัคร โดยแนะนำตัว ชี้แจงอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม การไม่สะดวกใจในการแบบสอบถาม เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ชดเชยการเสียเวลาในการเข้าร่วมโครงการเป็นเงินในการเสียสละเวลาเข้าร่วมวิจัย อีกทั้งกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ เพื่อให้

อาสาสมัครวิจัยมีเวลาในการตอบแบบสอบถามโดยไม่รู้สึกรู้สึเหนื่อยล้าจนเกินไป แต่ถ้าหากไม่สะดวกใจ หรือรู้สึกว่าการกรบกรวน สามารถแจ้งออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งสิ้น อาสาสมัครวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้น ในงานวิจัยนี้จึงไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัคร พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลของอาสาสมัครวิจัย การเข้าถึงข้อมูลเอกสารหรือแบบสอบถามจะถูกเก็บในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อคเฉพาะของผู้วิจัยและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูลที่มีการตั้งรหัสผ่านโดยผู้วิจัย ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ทั้งนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ สามารถเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลได้ อีกทั้งผลการวิจัยที่ได้ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารและไฟล์จะถูกลบออกจากฐานข้อมูลที่มีการตั้งรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัย โดยไม่สามารถกู้คืนได้อีก ภายหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครวิจัย

3.6.3 เมื่อชี้แจงรายละเอียดครบถ้วนแล้ว และกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยร่วมกับพยาน

3.6.4 หลังจากทีอาสาสมัครวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว และส่งคืนให้แก่ผู้ประสานงานวิจัย ผู้ประสานงานวิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ถ้าพบความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้ประสานงานจะเป็นผู้ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์อีกครั้ง ร่วมกับให้ค่าชดเชยเสียเวลาในการเข้าร่วมโครงการทันที

3.6.5 ภายหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี แบบสอบถามและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งและไม่สามารถกู้คืนได้อีก ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสบการณ์ในการได้รับการ



อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ค่าสถิติหาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร คือสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) ร่วมกับสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation Coefficient) ระหว่างความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพและพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน มีเงื่อนไขของการใช้สถิติ ดังนี้

- 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่ค่าต่อเนื่องมีค่าในการวัดระดับช่วงมาตรา (Interval scale) การวัดระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) และมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)
- 2) ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship)
- 3) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ (Large sample size)
- 4) กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากประชากร (Random Selection)
- 5) ข้อมูลทั้ง 2 ชุด หรือข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน หรือรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีลักษณะจับคู่กัน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2552)

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งกำหนดค่า  $r$  ดังนี้ (Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

- |                 |         |                                     |
|-----------------|---------|-------------------------------------|
| $r = 1.00$      | หมายถึง | ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ |
| $r \geq .50$    | หมายถึง | ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง      |
| $r = .30 - .49$ | หมายถึง | ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง  |
| $r < .30$       | หมายถึง | ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ      |
| $r = 0.00$      | หมายถึง | ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน          |



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจในวัยอร์ค (New York Heart Association) พ.ศ. 2563 อย่างน้อย 3 ราย ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 7 โรงพยาบาล จำนวน 365 ราย ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 365 ราย (ร้อยละ 100) ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 112 ราย โรงพยาบาลสระบุรี 60 ราย โรงพยาบาลสิงห์บุรี 42 ราย โรงพยาบาลพระพุทธบาท 40 ราย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 38 ราย โรงพยาบาลอินทร์บุรี 37 ราย และโรงพยาบาลนครนายก 36 ราย (ดังภาคผนวก ภาพที่ ข.1) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566

บริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่มีแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจนในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง การใช้เครื่องมือประเมินการดำเนินโรคส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบประเมิน PPS และ ESAS มีเพียง 2 โรงพยาบาลเท่านั้นที่พยาบาลในบางหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบประเมินทั้ง 2 อย่าง ส่วนคลินิกเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองมี 4 โรงพยาบาล และ 2 โรงพยาบาลมีคลินิกด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในด้านการส่งต่อข้อมูลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน มี 4 โรงพยาบาลที่ทีมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองไปเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ส่วนอีก 3 โรงพยาบาลจะส่งต่อข้อมูลไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชนเพื่อดูแลต่อ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สรุปบริบทการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลที่ศึกษา

โรงพยาบาล	เครื่องมือที่ พยาบาลใช้		คลินิก เฉพาะทาง	แนวทางการดูแล แบบ ประคับประคอง ในกลุ่มไม่ใช่ โรคมะเร็ง	การส่งต่อการดูแล
	PPS	ESAS			
A	√	√	√ PC + ACP	ไม่ชัดเจน	ทีมเฉพาะทางจะเยี่ยม บ้านในบางรายหรือ ติดตามทางไกล (Telemedicine) หรือ จะส่งต่อข้อมูลไปยัง สถานพยาบาลใกล้บ้าน ของผู้ป่วย
B	√	X	X	ไม่ชัดเจน	ทีมเฉพาะทางเยี่ยมบ้าน หรือติดต่อสื่อสารผ่าน ช่องทาง LINE
C	√	X	X	X	ทีมเฉพาะทางจะร่วมกัน ประเมินและจัดสรรผู้ที่จะ ดำเนินการเยี่ยมบ้าน
D	√	X	√ PC	X	ทีมเฉพาะทางจะส่งต่อ ข้อมูลไปยังพยาบาลใน ชุมชน เพื่อเยี่ยมบ้านต่อ
E	√	√	√ PC + ACP (กำลังจัดตั้ง)	ไม่ชัดเจน	ทีมเฉพาะทางจะส่งต่อ ข้อมูลไปยังพยาบาลเวช กรรมสังคมเพื่อติดตาม เยี่ยมบ้านต่อ
F	√	X	X	ไม่ชัดเจน	ทีมเฉพาะทางส่งต่อ ข้อมูลไปยังพยาบาล ชุมชนนั้นๆ เมื่อประเมิน แล้วเบื้องต้น
G	√	X	√ PC	ไม่ชัดเจน	ทีมเฉพาะทางเยี่ยม ผู้ป่วยต่อในชุมชน

#### 4.1 การนำเสนอผลการวิจัย

ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

4.1.2 ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4.1.3 ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

4.1.4 ส่วนที่ 4 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง

4.1.5 ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4.1.6 ส่วนที่ 6 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

4.1.7 ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

##### 4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 365 คน (ร้อยละ 100) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.50 อายุเฉลี่ย 35.24 ปี (S.D.=10.63) โดยอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุระหว่าง 25-40 ปี) ร้อยละ 43.56 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.60 มีสถานภาพคู่เกือบทั้งหมัดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.07) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.40) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตรวม (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มากที่สุด (ร้อยละ 10.95) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 54.20) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 13.07 ปี (S.D.=10.14) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 10 ปี 1 เดือน ถึง 20 ปี (ร้อยละ 28.49) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 10.21 ปี (S.D.= 8.74) ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันส่วนใหญ่ 5 ปี 1 เดือน ถึง 10 ปี (ร้อยละ 23.01) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (NYHA functional classification) ระดับที่ 3-4 ส่วนร้อยละ 72.10 มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.07) ไม่เคยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเข้าอบรมน้อยที่สุดในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ร้อยละ 15.07) และทุกหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในปัจจุบัน มีหน่วยงาน หรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (N = 365)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	356	97.50
ชาย	9	2.50
<b>อายุ (<math>\bar{x}</math>=35.24, S.D.=10.63, min=23, max=59)</b>		
21-24 ปี	64	17.53
25-40 ปี	159	43.56
41-60 ปี	142	38.91
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	347	95.07
ปริญญาโทการพยาบาล	13	3.55
ปริญญาโทสาขาอื่น ๆ	5	1.47
ปริญญาเอก	0	0.00
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	225	61.60
สมรส	113	31.00
หย่า	26	7.10
แยกกันอยู่	1	0.30
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	356	97.50
อิสลาม	8	2.20
คริสต์	1	0.30
<b>หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน</b>		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	173	47.40
หอผู้ป่วยวิกฤต	104	28.49
หอผู้ป่วยวิกฤตรวม (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)	40	10.95
หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด	23	6.30

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	22	6.03
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	19	5.21
หอผู้ป่วยพิเศษ	88	24.11
<b>ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ</b>		
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	198	54.20
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ	161	44.20
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ	4	1.10
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	2	0.50
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล</b>		
$(\bar{x}=13.07, S.D.=10.14, \min=1.00, \max=38.56)$		
≤ 1 ปี	0	0.00
1 – 2 ปี	29	7.95
2 ปี 1 เดือน – 3 ปี	56	15.35
3 ปี 1 เดือน – 5 ปี	58	15.89
5 ปี 1 เดือน – 10 ปี	65	17.81
10 ปี 1 เดือน – 20 ปี	104	28.49
> 20 ปี	53	14.51
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน</b>		
$(\bar{x}=10.21, S.D.=8.74, \min=1.00, \max=38.56)$		
1 – 2 ปี	40	10.95
2 ปี 1 เดือน – 3 ปี	58	15.89
3 ปี 1 เดือน – 5 ปี	52	14.25
5 ปี 1 เดือน – 10 ปี	84	23.01
10 ปี 1 เดือน – 15 ปี	35	9.59
15 ปี 1 เดือน – 20 ปี	29	7.95
> 20 ปี	67	18.36

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</b>		
(x̄=2.92, S.D.=1.17, min=0, max=25.16) (ปี)		
มีประสบการณ์	263	72.10
ไม่มีประสบการณ์	102	27.90
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (NYHA Functional Classification) ระดับที่ 3-4</b>		
(x̄=22.32, S.D.=5.01, min=2, max=350) (ราย)		
มีประสบการณ์	365	100.00
ไม่มีประสบการณ์	0	0.00
<b>เคยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (ตอบได้มากกว่า 1 เรื่อง)</b>		
ไม่เคย	201	55.07
เคย	164	44.93
การดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง	143	39.18
การจัดการอาการและความปวด	142	38.90
การส่งเสริมการตายอย่างสงบ	98	26.85
การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ	74	20.27
การสื่อสาร	62	16.98
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	55	15.07
<b>หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันมีหน่วยงาน หรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</b>		
มี	365	100.00
ไม่มี	0	0.00

#### 4.1.2 ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.03) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและสูง ร้อยละ 23.02 และ 10.95 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 86.41 คะแนน ( $\bar{x} = 86.41$ , S.D. = 19.52) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 2 จาก 8 ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการประเมินการดำเนินโรค และด้านความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า นอกเหนือจากนั้นจัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ 1) ด้านการประเมินการดำเนินโรค ( $\bar{x} = 5.26$ , S.D. = 1.28) อยู่ในระดับต่ำ โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อการประเมินการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ด้านการประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สบาย ( $\bar{x} = 18.12$ , S.D. = 4.01) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันใช้แบบประเมินอาการของเอดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เพื่อประเมินอาการไม่สบายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) 3) ด้านความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ( $\bar{x} = 9.46$ , S.D. = 2.19) อยู่ในระดับต่ำ โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันร่วมค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wishes) และสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of life plan) 4) ด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x} = 14.30$ , S.D. = 3.06) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ภายหลังจากแพทย์บอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้าย ฉันจะอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและรับฟังความรู้สึก 5) ด้านการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ( $\bar{x} = 9.40$ , S.D. = 2.52) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ เมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ร่วมกับมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (LVEF  $\leq$  30%) ฉันเสนอให้ทีมที่ดูแลส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง 6) ด้านการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x} = 11.78$ , S.D. = 2.34) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันสนับสนุนให้ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 7) ด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ



( $\bar{x}$  = 9.84, S.D. = 2.49) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ *ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) และ 8) ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต* ( $\bar{x}$  = 8.25, S.D. = 1.83) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ *หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต ฉันประเมินปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้การพยาบาลในแต่ละระยะหรือช่วยเหลือในการส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม* (ดังตารางที่ 4.4)

**ตารางที่ 4.3** จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ภาพรวม) (N=365)

ระดับพฤติกรรมดูแลแบบ ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	84	23.02
ปานกลาง	241	66.03
สูง	40	10.95

**ตารางที่ 4.4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน)

พฤติกรรมดูแลแบบ ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
1. การประเมินการดำเนินโรค ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	3-12	3-11	5.26	1.08	ต่ำ
1) ฉันใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง Palliative	1-4	1-4	1.95	0.76	ต่ำ

พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
<i>Performance Scale (PPS) เพื่อการประเมิน การดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว</i>					
2) ฉันทประเมินระยะของโรค ในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว โดยการประเมินระยะของโรค ตามเกณฑ์ ของ American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/AHA]	1-4	1-4	1.98	0.85	ต่ำ
3) ฉันทประเมินความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการประเมินระดับ ความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันตามเกณฑ์ของ New York Heart Association [NYHA]	1-4	1-4	2.00	0.91	ต่ำ
<b>2. การประเมินและจัดการปวดและ อาการไม่สุขสบาย</b>	<b>7-28</b>	<b>9-28</b>	<b>18.12</b>	<b>4.01</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด					
1) ฉันทใช้แบบประเมินอาการของ เอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เพื่อ ประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ ความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)	1-4	1-4	1.76	0.81	ต่ำ
2) ฉันทประเมินและจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ ความสามารถการประกอบกิจวัตร	1-4	1-4	2.29	0.85	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)					
3) กรณีที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี ระดับความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ได้รับการ จัดการอาการแบบใช้ยา เช่น มอร์ฟีน (Morphine) ยาขับปัสสาวะ ยารักษา โรคหัวใจ เป็นต้น ฉันจะอธิบายให้ผู้ป่วย และครอบครัวทราบถึงเป้าหมายของ การให้ยา ประสิทธิภาพของยา และ อาการข้างเคียงที่อาจพบ	1-4	1-4	2.61	0.82	ปานกลาง
<b>3. ความเข้าใจในการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า</b>	<b>5-20</b>	<b>5-20</b>	<b>9.46</b>	<b>2.19</b>	<b>ต่ำ</b>
ข้อความถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด					
1) ฉันร่วมค้นหาความปรารถนาครั้ง สุดท้าย (last wishes) และสอบถามความ ประสงค์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และ ครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of life plan)	1-4	1-4	1.41	0.79	ต่ำ
2) ขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี อาการคงที่หลังจากมีภาวะวิกฤติ ฉัน ประสานงานให้ครอบครัว ผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถ ประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) และ	1-4	1-4	1.43	0.78	ต่ำ

พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจทำการประชุม ครอบครัวและทีมที่ดูแล เพื่อสร้างความ เข้าใจระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมถึงวิธี ความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค เพื่อ วางแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต					
3) ฉันจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในการพูดคุย เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยจัด สถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบ และมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน	1-4	1-4	1.50	0.79	ต่ำ
<b>4. ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและ ครอบครัว</b>	<b>5-20</b>	<b>8-20</b>	<b>14.30</b>	<b>3.06</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อความถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด					
1) ภายหลังจากแพทย์บอกความจริง หรือแจ้งข่าวร้าย ฉันจะอยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและ รับฟังความรู้สึก	1-4	1-4	2.76	0.72	ปานกลาง
2) ฉันให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมถึงอธิบายหลักในการดูแล แบบประคองประคอง ซึ่งมุ่งเน้นการดูแล ให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน	1-4	1-4	2.80	0.71	ปานกลาง
3) ก่อนกระบวนการบอกความจริง ฉัน จะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและ ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ ช่วงเวลาที่เหมาะสม	1-4	1-4	2.85	0.71	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
5. การประสานการทำงานกับทีมสห สาขาวิชาชีพ	4-16	4-12	9.40	2.52	ปานกลาง
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด					
1) เมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี ระดับความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ร่วมกับมีค่าความสามารถใน การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 30 (LVEF $\leq$ 30%) ฉันเสนอให้ทีมที่ดูแลส่งปรึกษา ทีมการดูแลแบบประคอง	1-4	1-4	2.16	0.78	ปานกลาง
2) ฉันประสานงานและส่งต่อข้อมูลกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือสถาน บริการสุขภาพอื่น ภายหลังจากผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	1-4	1-4	2.27	0.82	ปานกลาง
3) ฉันปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อหา ข้อสรุปก่อนพูดคุยหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเพื่อการดูแลที่สอดคล้องกัน	1-4	1-4	2.43	0.74	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
<b>6. การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>4-16</b>	<b>6-16</b>	<b>11.78</b>	<b>2.34</b>	<b>ปานกลาง</b>
1) ฉันสนับสนุนให้ครอบครัว หรือบุคคล ที่ผู้ป่วยไว้วางใจได้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	1-4	1-4	2.84	0.64	ปานกลาง
2) ฉันให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วย และครอบครัว ในการสังเกตตนเองทุก วัน เช่น อาการผิดปกติ น้ำหนักตัว และ จุดบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปริมาณ ปัสสาวะในแต่ละวัน	1-4	1-4	2.85	0.64	ปานกลาง
3) ฉันแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ ผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น อาการเหนื่อยมากขึ้น ใจสั่น นอนราบ ไม่ได้ ขาบวม เป็นต้น	1-4	1-4	2.94	0.67	ปานกลาง
<b>7. การดูแลทางจิตวิญญาณ</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>4-16</b>	<b>4-12</b>	<b>9.84</b>	<b>2.49</b>	<b>ปานกลาง</b>
1) ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ สิ่งที่มี คุณค่าและมีความหมายในชีวิตของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ ความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)	1-4	1-4	2.38	0.69	ปานกลาง
2) ฉันช่วยติดต่อประสานกับบุคคลที่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ ความสามารถการประกอบกิจวัตร	1-4	1-4	2.39	0.74	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ไว้วางใจและ ต้องการพบ					
3) ฉันอยู่เป็นเพื่อนและให้การดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ ความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) โดยดูแลอย่างต่อเนื่อง และ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	1-4	1-4	2.53	0.71	ปานกลาง
<b>8. การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการ สูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>3-12</b>	<b>3-12</b>	<b>8.25</b>	<b>1.83</b>	<b>ปานกลาง</b>
1) หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เสียชีวิต ฉันประเมินปฏิกิริยาที่เกิดจาก การสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและความคิด ทำร้ายตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเป็น ระยะ เพื่อให้การพยาบาลในแต่ละระยะ หรือช่วยเหลือในการส่งต่อให้แก่ ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม	1-4	1-4	1.47	0.79	ต่ำ
2) หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เสียชีวิต ฉันแสดงความเสียใจและให้การ ดูแลด้านจิตใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วย	1-4	1-4	1.84	0.66	ต่ำ
3) หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เสียชีวิต ฉันจะเปิดโอกาสให้ครอบครัว บอกความต้องการ เช่น การรับศพ การ	1-4	1-4	2.05	0.76	ปานกลาง



พฤติกรรมการดูแลแบบ ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
แจ้งการตาย หรือทำพิธีกรรมทางศาสนา ในระยะท้ายของชีวิต เป็นต้น					
รวม	35-140	49-138	86.41	19.52	ปานกลาง

#### 4.1.3 ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลแบบประคอง

ความรู้ในการดูแลแบบประคองของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.10) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและสูง ร้อยละ 24.10 และ 8.80 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 35.21 คะแนน ( $\bar{x} = 35.21$ , S.D. = 5.87) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ดังนี้ 1) ด้านความหมายการดูแลแบบประคองของพยาบาล ( $\bar{x} = 4.45$ , S.D. = 2.27) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การดูแลแบบประคอง เป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น 2) ด้านการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคอง ( $\bar{x} = 3.06$ , S.D. = 1.98) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การประเมินแนวโน้มระยะเวลาการมีชีวิตอยู่โดยใช้ PPS 3) ด้านการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคอง ( $\bar{x} = 5.96$ , S.D. = 2.35) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ผู้เกี่ยวข้องในการประชุมครอบครัว (Family meeting) 4) ด้านอาการและการจัดการอาการ ( $\bar{x} = 8.30$ , S.D. = 3.63) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การจัดการอาการหายใจลำบาก 5) ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ ( $\bar{x} = 5.04$ , S.D. = 2.97) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การประเมินความปรารถนาสุดท้าย (Last Wishes) และ 6) ด้านการดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย ( $\bar{x} = 9.13$ , S.D. = 4.25) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ หากสามีหรือภรรยาเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ภรรยาหรือสามีจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาทั้งหมด (ดังตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล (ภาพรวม) (N=365)

ระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	88	24.10
ปานกลาง	245	64.10
สูง	32	8.80

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน) (N=365)

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	Possible score	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	% correct answers	Level
1. ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล	0-6	0-6	4.45	2.27	-	ปานกลาง
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด						
1) การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเท่านั้น	0-1	0-1	0.48	0.36	36.16	ต่ำ
2) การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อการรักษาแบบเคร่งครัด ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการหายจากโรค (Curative treatment) ไม่ได้ผล	0-1	0-1	0.61	0.49	60.27	ปานกลาง
3) นิยามความหมายในการดูแลแบบประคับประคอง	0-1	0-1	0.73	0.37	72.60	ปานกลาง

ความรู้ในการดูแลแบบ ประคับประคอง	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	% correct answers	Level
<b>2. การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคอง</b>	<b>0-5</b>	<b>1-5</b>	<b>3.06</b>	<b>1.98</b>	<b>-</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด						
1) การประเมินแนวโน้มระยะเวลา การมีชีวิตอยู่โดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS)	0-1	0-1	0.39	0.28	39.45	ต่ำ
2) การใช้เครื่องมือ ESAS	0-1	0-1	0.49	0.25	49.04	ต่ำ
3) ผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS ร้อยละ 40-60 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ เปลี่ยนผ่าน คือ จากที่เคยสามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ดีจะทำกิจวัตร ประจำวันได้ลดลง	0-1	0-1	0.65	0.41	64.65	ปานกลาง
<b>3. การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคอง</b>	<b>0-8</b>	<b>2-7</b>	<b>5.96</b>	<b>2.35</b>	<b>-</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด						
1) ผู้เกี่ยวข้องข้องในการประชุม ครอบครัว (Family meeting)	0-1	0-1	0.43	0.26	40.82	ต่ำ
2) การบอกความจริงหรือการ บอกข่าวร้ายเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค ความก้าวหน้าใน การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็น หน้าที่ของแพทย์เท่านั้น	0-1	0-1	0.51	0.21	51.23	ต่ำ
3) การเตรียมสำหรับการบอก ความจริงหรือการบอกข่าวร้าย	0-1	0-1	0.89	0.31	76.71	ปานกลาง
<b>4. อาการและการจัดการอาการ</b>	<b>0-13</b>	<b>7-12</b>	<b>8.30</b>	<b>3.63</b>	<b>-</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด						
1) การจัดการอาการหายใจลำบาก	0-1	0-1	0.25	0.13	24.93	ต่ำ

ความรู้ในการดูแลแบบ ประคับประคอง	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	% correct answers	Level
2) การจัดการอาการปวด	0-1	0-1	0.39	0.27	40.27	ต่ำ
3) การให้ออกซิเจนในผู้ป่วย ระยะใกล้ตาย	0-1	0-1	0.40	0.29	42.54	ต่ำ
<b>5. จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการ จัดการ</b>	<b>0-8</b>	<b>2-8</b>	<b>5.04</b>	<b>2.97</b>	<b>-</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด						
1) การประเมินความปรารถนา สุดท้าย (Last Wishes)	0-1	0-1	0.59	0.39	58.90	ต่ำ
2) ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความเครียด ความกังวล ควรให้ผู้ป่วยได้ ช่วงเวลาอยู่กับตนเองเพื่อทบทวน ช่วงชีวิตที่ผ่านมาและตัดสินใจกับ ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่	0-1	0-1	0.63	0.48	63.01	ปานกลาง
3) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว	0-1	0-1	0.64	0.48	63.56	ปานกลาง
<b>6. การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย</b>	<b>0-12</b>	<b>5-12</b>	<b>9.13</b>	<b>4.25</b>	<b>-</b>	<b>ปานกลาง</b>
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด						
1) หากสามีหรือภรรยาเป็นผู้ป่วย ระยะท้ายที่อยู่ในสภาวะที่ไม่ รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับ ผู้อื่นได้และไม่ได้ทำหนังสือแสดง เจตนา (Living will) ภรรยาหรือ สามีจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการ รักษาทั้งหมด	0-1	0-1	0.31	0.26	30.95	ต่ำ
2) การดูแลในช่วง 1 ชั่วโมง หลัง ผู้ป่วยเสียชีวิต	0-1	0-1	0.42	0.29	42.46	ต่ำ

ความรู้ในการดูแลแบบ ประคับประคอง	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	% correct answers	Level
3) การเตรียมญาติหรือบุคคลใน ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความหมายของชีวิตและความตาย	0-1	0-1	0.46	0.39	46.03	ต่ำ
<b>รวม</b>	<b>0-52</b>	<b>13-50</b>	<b>35.21</b>	<b>5.87</b>	<b>-</b>	<b>ปานกลาง</b>

#### 4.1.4 ส่วนที่ 4 ทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง

ทักษะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.16) รองลงมาอยู่ในระดับดีและไม่ดี ร้อยละ 22.74 และ 1.10 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 81.66 คะแนน ( $\bar{x} = 81.66$ , S.D. = 6.24) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะพูดกับญาติของผู้ป่วยระยะประคับประคองเกี่ยวกับเรื่องวิถีความเจ็บป่วยและเวลาที่เหลืออยู่ (ดังตารางที่ 4.8)

**ตารางที่ 4.7** จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับทักษะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล (ภาพรวม) (N=365)

ระดับทักษะในการดูแลแบบ ประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	4	1.10
ปานกลาง	278	76.16
ดี	83	22.74

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน) (N=365)

ทัศนคติในการดูแลแบบ ประคับประคอง	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด					
1) ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะพูดกับ ญาติของผู้ป่วยระยะประคับประคอง เกี่ยวกับเรื่องวิถีความเจ็บป่วยและ ช่วงเวลาที่เหลืออยู่	1-5	1-5	2.34	0.80	ปานกลาง
2) เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิต ฉันมักจะรู้สึกแย่มาก	1-5	1-5	2.35	0.73	ปานกลาง
3) ฉันคิดว่าการดูแลแบบประคับ ประคองเป็นรูปแบบการดูแล ที่ใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น	1-5	1-5	2.36	0.76	ปานกลาง
รวม	25-125	63-120	81.66	6.24	ปานกลาง

#### 4.1.5 ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.11) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุดและน้อย ร้อยละ 21.37, 12.88 และ 1.64 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.9) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 49.18 คะแนน ( $\bar{x} = 49.18$ , S.D. = 8.68) ซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังนี้ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x} = 24.48$ , S.D. = 4.51) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเห็นไม่ตรงกัน เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 2) ด้านระบบการดูแล ( $\bar{x} = 24.70$ , S.D. = 4.96) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ขาดความร่วมมือและการประสานงานของทีมที่ดูแล (ดังตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพยาบาล (ภาพรวม) (N=365)

การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็นอุปสรรค	0	0.00
เป็นอุปสรรคระดับน้อย	6	1.64
เป็นอุปสรรคระดับปานกลาง	78	21.37
เป็นอุปสรรคระดับมาก	234	64.11
เป็นอุปสรรคระดับมากที่สุด	47	12.88

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน) (N=365)

การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
1. ผู้ป่วยและครอบครัว ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด	0-36	9-36	24.48	4.51	มาก
1) ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	0-4	1-4	2.90	0.74	มาก
2) ญาติผู้ป่วยต้องการรักษาอย่างเต็มที่ เพื่อยื้อชีวิต เนื่องจาก ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวิถีความเจ็บป่วยของภาวะ หัวใจล้มเหลว	0-4	1-4	2.89	0.73	มาก
3) ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับความจริง เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ว่าอาจมีชีวิต อยู่ในเวลาที่จำกัด	0-4	1-4	2.88	0.69	มาก



การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว	Possible score	Min- Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
<b>2. ระบบการดูแล</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด	<b>0-36</b>	<b>9-36</b>	<b>24.70</b>	<b>4.96</b>	<b>มาก</b>
1) ขาดความร่วมมือและการประสานงาน ของทีมที่ดูแล	0-4	1-4	3.01	0.77	มาก
2) บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง	0-4	1-4	2.95	0.75	มาก
3) การขาดการสื่อสารระหว่างทีมที่ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	0-4	1-4	2.93	0.71	มาก
<b>รวม</b>	<b>0-72</b>	<b>18-70</b>	<b>49.18</b>	<b>8.68</b>	<b>มาก</b>

#### 4.1.6 ส่วนที่ 6 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 64.39) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และมาก ร้อยละ 30.97 และ 1.64 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.11) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 59.51 คะแนน ( $\bar{x} = 59.51$ , S.D. = 16.26) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 2 จาก 5 ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในระดับปานกลาง คือ คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ และการใช้งานสารสนเทศ นอกเหนือจากนั้นจัดอยู่ในระดับน้อย ดังนี้ 1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) ( $\bar{x} = 10.82$ , S.D. = 2.96) อยู่ในระดับน้อย โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันระบุข้อมูลเกี่ยวกับผลงาน ทักษะ การศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานในโลกออนไลน์ 2) การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) ( $\bar{x} = 10.14$ , S.D. = 3.53) อยู่ในระดับน้อย โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันเป็นผู้นำในการค้นหาข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลของหน่วยงาน 3) คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) ( $\bar{x} = 12.76$ , S.D. = 3.46) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันใช้สารสนเทศและเข้าใจคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับดิจิทัลทางสุขภาพ 4) การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) ( $\bar{x} = 12.42$ , S.D. = 3.24) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินภาวะสุขภาพและเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และ 5) เทคโนโลยี (Technology) ( $\bar{x} = 11.28$ , S.D. = 3.07) อยู่ในระดับน้อย โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ เมื่อเกิดปัญหาในการใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลของโรงพยาบาล ฉันสามารถให้คำแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้ (ดังตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาล (ภาพรวม) (N=365)

ระดับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	235	64.39
ปานกลาง	113	30.97
มาก	16	4.64

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาล และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก (รายด้าน) (N=365)

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	Possible score	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
1. ความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism)	0-20	5-19	10.82	2.96	น้อย
ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด					
1) ฉันระบุข้อมูลเกี่ยวกับผลงาน ทักษะการศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานในโลกออนไลน์	0-4	0-4	1.99	0.88	น้อย
2) ฉันใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	0-4	0-4	2.15	0.83	น้อย

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพ	Possible score	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
ชุดอุปกรณ์ติดตามสุขภาพทางไกล (Tele-Monitoring) เป็นต้น					
3) ฉันทันใช้เทคโนโลยีดิจิทัลโดยคำนึงถึง ประโยชน์และความเสี่ยงทางออนไลน์ที่ อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้	0-4	1-4	2.50	0.76	ปานกลาง
<b>2. การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ป่วย (Leadership and Advocacy)</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>0-20</b>	<b>0-18</b>	<b>10.14</b>	<b>3.53</b>	<b>น้อย</b>
1) ฉันทันเป็นผู้นำในการค้นหาข้อมูลเพื่อใช้ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลของ หน่วยงาน	0-4	0-4	1.92	0.80	น้อย
2) ฉันทันเป็นผู้นำในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสาร ภายในหน่วยงานของฉันทัน	0-4	0-4	1.96	0.81	น้อย
3) ฉันทันแนะนำวิธีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพแก่บุคลากรภายในหน่วยงานเพื่อ นำมาใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย	0-4	0-4	2.00	0.83	น้อย
<b>3. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality)</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>0-20</b>	<b>5-20</b>	<b>12.76</b>	<b>3.46</b>	<b>ปานกลาง</b>
1) ฉันทันเข้าใจคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับ ดิจิทัลทางสุขภาพ	0-4	1-4	2.33	.80	น้อย
2) ฉันทันทำการบันทึกข้อมูลและนำข้อมูล มาใช้ในการปฏิบัติงาน	0-4	1-4	2.34	.76	น้อย

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพ	Possible score	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
3) ฉันใช้ระบบฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในการสืบค้นข้อมูลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ	0-4	0-4	2.55	.78	ปานกลาง
<b>4. การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care)</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>0-20</b>	<b>0-20</b>	<b>12.42</b>	<b>3.24</b>	<b>ปานกลาง</b>
1) ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินภาวะสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	0-4	0-4	2.07	0.82	น้อย
2) ฉันใช้นวัตกรรมดิจิทัลทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	0-4	0-4	2.13	0.77	น้อย
3) ฉันวิเคราะห์วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกจากหลายแหล่งข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาใช้	0-4	0-4	2.34	0.73	ปานกลาง
<b>5. เทคโนโลยี (Technology)</b> ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด	<b>0-20</b>	<b>3-20</b>	<b>11.28</b>	<b>3.07</b>	<b>น้อย</b>
1) เมื่อเกิดปัญหาในการใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลของโรงพยาบาล ฉันสามารถให้คำแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้	0-4	0-4	2.09	0.76	น้อย
2) ฉันใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลรายงานข้อผิดพลาด แนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงและเฝ้าติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล	0-4	0-4	2.24	0.73	น้อย

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทาง สุขภาพ	Possible score	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	Level
3) ฉันทิตตามข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรม ดิจิทัลทางสุขภาพและวิธีการใช้งาน เพื่อ นำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิก	0-4	0-4	2.26	0.76	น้อย
รวม	0-100	20-95	59.51	16.26	น้อย

4.1.7 ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคิดในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .420, p < .01$  และ  $r = .429, p < .01$ ) ตามลำดับ ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .615, p < .01$ ) แต่การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.309, p < .01$ ) (ดังแสดงในตารางที่ 4.13) สอดคล้องกับการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) (ดังแสดงในตารางที่ 4.14) โดยมีการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อค่าความสัมพันธ์พบว่า ทุกตัวแปรหลักที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางเดียวกันกับการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

**ตารางที่ 4.13** ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N=365)

ตัวแปรหลักที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง	1				
2. ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	.420**	1			
3. ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง	.429**	.557**	1		
4. การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง	-.309**	-.147*	-.165*	1	
5. ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	.615**	.418**	.408**	-.263**	1

\*p < .05

\*\*p < .01

**ตารางที่ 4.14** การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N=365)

ตัวแปรหลักที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง	1				
2. ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	.116*	1			
3. ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง	.183**	.428**	1		
4. การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคอง	-.060*	-.008	-.037	1	
5. ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	.424**	.162*	.129*	-.162*	1

\*p < .05

\*\*p < .01

## 4.2 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

### 4.2.1 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเท่ากับ 86.41 คะแนน ( $\bar{x} = 86.41$ , S.D. = 19.52) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ที่ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศเกาหลีใต้ มีพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง (Kim et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาบริบทที่ใกล้เคียงกันในประเทศไทย ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหรือสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ศศิวิมล ปานุราช, 2561; Chanaphon et al., 2020) อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก พยาบาลจึงมีประสบการณ์และสามารถนำความรู้ที่สั่งสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลเคยดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายเฉลี่ยประมาณ 22 ราย และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีประสบการณ์มาก บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ วิเคราะห์สถานการณ์ มองปัญหาได้ครอบคลุมและสามารถแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น (วาริณา หนูพินิจ, 2560) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าจะมีการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แต่เป็นเพียงการได้รับความรู้ในระยะสั้น เฉลี่ยประมาณ 4.91 ชั่วโมง ไม่ได้เกิดผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระยะยาว ซึ่งการไม่ได้รับการอบรมหรือได้รับการอบรมที่ไม่เพียงพอทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Tipseankhum, 2020) ยิ่งไปกว่านั้นในประเทศไทยยังมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคมะเร็ง (กรมการแพทย์, 2563; Chaiviboontham & Pokpalagon, 2021) จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พบพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง



ในระบบสาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 23.02 และพบพฤติกรรมระดับสูงเพียงร้อยละ 10.95 เท่านั้น จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 2 จาก 8 ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำ อธิบายตามรายด้านได้ดังต่อไปนี้

#### 4.2.1.1 การประเมินการดำเนินโรค

พฤติกรรมด้านการประเมินการดำเนินโรคอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการกำเริบซึ่งไม่สามารถบอกได้ชัดเจน โดยอาการกำเริบหรือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจ (Major Adverse Cardiac Events) สามารถเกิดได้อย่างเฉียบพลัน และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการเกิดการเสียชีวิตได้ในทุกระยะของความรุนแรงของโรค และไม่สามารถคาดการณ์การเสียชีวิตได้แน่นอน จึงประเมินการดำเนินโรคได้ยาก (Xanthopoulos et al., 2020; Singh et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Ziehm et al., 2016) พบว่า อุปสรรคที่สำคัญคือ การดำเนินโรคที่คาดการณ์ได้ยาก บุคลากรทางการแพทย์จึงไม่ได้นำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ว่า ต้องการรับรู้การพยากรณ์โรค โดยส่วนใหญ่ทราบจากการทำกิจกรรมประจำวันที่ลดลง แต่ไม่ทราบว่าโรคอยู่ในระยะใด และไม่ทราบระยะเวลาการรอดชีวิต (รัตนารักษ์ สังข์ทอง, 2565) จึงพบพฤติกรรมด้านการประเมินการดำเนินโรคในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ “การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง *Palliative Performance Scale (PPS)*” ซึ่งในการศึกษานี้การใช้เครื่องมือประเมินการดำเนินโรคส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียงพยาบาลในบางหอผู้ป่วยที่ประเมินการดำเนินโรค อาจอภิปรายได้ว่า ในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 17.31 อีกทั้งยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางที่แน่ชัดในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อใช้การดูแลแบบประคับประคองยังไม่ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย (Ministry of Public Health, 2020; Department of Medical Services, 2020) และจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 4 ได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น (มากกว่า 10 วัน) เพียงร้อยละ 6.3 เท่านั้น (สำนักนโยบายและ

ยุทธศาสตร์, 2563) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจจะไม่ทราบวิธีการประเมิน และนำแบบประเมิน PPS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ไปใช้ในประเมินการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 4.2.1.2 การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย

พฤติกรรมด้านการประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย ( $\bar{x} = 18.12, S.D. = 4.01$ ) อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล แบบประคับประคอง และเคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการอาการและความปวดมากที่สุด การดูแล แบบประคับประคองจะมุ่งเน้นให้การดูแลโดยมุ่งลดความทุกข์ทรมาน โดยประเมินแนวทางการรักษาและให้ การรักษาอาการเหล่านั้น (WHO, 2018) อีกทั้งมีแนวทางในการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบาย อื่นๆ สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Chapman et al., 2022) แต่แนว ปฏิบัติใช้สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายทั่วไป ไม่เจาะจงกลุ่มโรค สอดคล้องกับข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ ที่สุด คือ “ฉันใช้แบบประเมินอาการของเอดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบ กิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)” อาจเนื่องกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พยาบาลวิชาชีพมีการใช้แบบประเมิน ESAS เพียง 2 โรงพยาบาลเท่านั้น อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่เคยอบรม เพิ่มเติมการดูแลแบบประคับประคอง โดยอบรมเรื่องการจัดการอาการและความปวดเพียงร้อยละ 39.18 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอาจไม่เคยใช้เครื่องมือ ไม่ทราบถึงวิธีการประเมิน หรือไม่ทราบวิธีการแปลผลของแบบ ประเมิน ESAS เช่นเดียวกับการศึกษาลักษณะคล้ายคลึงกัน ที่ศึกษาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ข้อคำถามที่พยาบาลมีการปฏิบัติน้อย คือ การใช้แบบประเมิน ESAS เช่นเดียวกัน (จิรวัดณ์ ประคองพันธ์, 2565)

#### 4.2.1.3 ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

พฤติกรรมด้านความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาล วิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ โดยข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ “ฉันร่วมค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wishes) และสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลในช่วง สิ้นสุดท้ายของชีวิต (End of life plan)” ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า (advanced heart failure) ว่าเป็น “ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ” เมื่ออาการของโรคเข้าสู่ ภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตและอยู่ในสถานะไม่สามารถตัดสินใจได้ แพทย์จะเป็นผู้ให้การรักษานมิชีวิต

รอดผ่านพ้นช่วงภาวะวิกฤตได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจที่จะให้แพทย์ตัดสินใจในการรักษาแทน (รัตนารณ สัจข์ทอง, 2565) อาจอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ยังมีแนวทางในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังยังไม่ชัดเจน และมีเพียง 2 แห่งเท่านั้นที่มีคลินิกหรือจัดโครงการเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ดังภาคผนวก ข) อีกทั้งในการศึกษาคั้งนี้ โรงพยาบาลเคยได้รับการอบรมเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าบ่อยที่สุด เพียงร้อยละ 15.07 จึงอาจทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและความปรารถนาของชีวิต และขาดทักษะการค้นหาความปรารถนาของชีวิตของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนการดูแลต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีกิจกรรมการจัดประชุมครอบครัว (Family meeting) หรือมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ของเขตสุขภาพที่ 4 พบเพียงร้อยละ 31.82 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (กรมการแพทย์, 2566) คือต้องมากกว่าร้อยละ 55 จึงอาจส่งผลให้พยาบาลยังไม่ทราบแนวทาง และมีประสบการณ์ในการสื่อสารหรือวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยน้อย อีกทั้งพยาบาลยังคิดว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นบทบาทของแพทย์เท่านั้น และโรคสามารถรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จึงทำให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ด้านการเตรียมตัวรับมือกับความตายในระดับต่ำ (Kim et al., 2020) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในระดับต่ำตามมา เช่นเกี่ยวกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสหราชอาณาจักร พบว่า พฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองที่ยังพบน้อยคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากการดำเนินของโรคไม่ชัดเจน ทำให้การเตรียมวางแผนการดูแลโดยเฉพาะในระยะท้ายลำบาก (Fairlamb and Murtagh, 2021) และการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งในประเทศไทยของน้ำผึ้ง ปรัชญาคุณ (Prachyakoon et al., 2017) พบว่า การรับรู้พฤติกรรมที่น้อยที่สุดคือ การสนทนากับผู้ป่วยเรื่องจุดมุ่งหมายในชีวิตและชีวิตหลังความตาย ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 1.35) เนื่องจาก สังคมไทยมีการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงเรื่องความตายอยู่มาก ส่งผลให้การค้นหาความปรารถนาและวางแผนการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทำได้ยาก อาจเพราะรับรู้ว่าคุณภาพในปัจจุบันยังดี หรือภายหลังได้รับการรักษาแล้วร่างกายจะดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่จึงเริ่มทำเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยก็ไม่สามารถบอกความต้องการของตนได้ (Cavanagh et al., 2023)

#### 4.2.1.4 ด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

พฤติกรรมด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x} = 14.30$ , S.D. = 3.06) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อความที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ภายหลังจากแพทย์บอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้าย ฉันจะอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและรับฟังความรู้สึก” อาจเนื่องจาก พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจ กลัวว่าสิ่งที่พูดจะไปกระทบความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งพยาบาลมีความวิตกกังวล มีภาวะเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และอาจเกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียตามมาด้วย หากพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองน้อยหรือไม่ได้รับการอบรมจนเกิดความชำนาญมาก่อน (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; Phillips & Welcer, 2017; Madsen et al., 2023) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง แต่ได้รับการอบรมในด้านนี้น้อยประมาณร้อยละ 17 จึงอาจทำให้พฤติกรรมด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

#### 4.2.1.5 ด้านการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

พฤติกรรมด้านการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ( $\bar{x} = 9.40$ , S.D. = 2.52) อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า ในการดูแลแบบประคับประคองต้องมีการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ยังคงพบว่ายังประสานงานหรือสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และทีมสุขภาพกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ (Yang et al., 2020) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อความที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “เมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ร่วมกับมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (LVEF  $\leq$  30%) ฉันเสนอให้ทีมที่ดูแลส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง” โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ตอบว่า ขาดแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในทีมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคองจึงใช้แนวปฏิบัติการดูแลทั่วไป โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาปรึกษาไปยังแพทย์เฉพาะทางอีกที อีกทั้งทีมเฉพาะทางจะติดต่อประสานงานกันเป็นหลักและติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พฤติกรรมในด้านนี้จึงอยู่ในระดับปานกลาง

#### 4.2.1.6 ด้านการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

พฤติกรรมด้านการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x} = 11.78$ , S.D. = 2.34) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อความที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ฉันสนับสนุนให้ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” อาจเนื่องจากในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตถึงร้อยละ 28.49 ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่คุกคามและมีสัญญาณชีพคงที่จะส่งต่อไปรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ ส่วนใหญ่พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ หรือครอบครัวของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรค และแนวทางการรักษาพยาบาล (Niyomthai et al., 2022) ส่วนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่คงที่ หรือความเสี่ยงต่ำในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) (Plotnikoff et al., 2021) ในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจพบพฤติกรรมด้านการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

#### 4.2.1.7 ด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ

พฤติกรรมด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ ( $\bar{x} = 9.84$ , S.D. = 2.49) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อความที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่า และมีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)” อาจเนื่องจาก วิธีการดำเนินของโรคที่คาดเดาไม่ได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย พยาบาลจะเน้นจัดการกับปัญหาด้านร่างกายมากกว่าจิตวิญญาณ (Okviasanti et al., 2021) นอกจากนี้ พยาบาลมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ 1:3-6 หอผู้ป่วยพิเศษ 1:6-7 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1-2 และพยาบาลที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมในเรื่อง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ มีเพียงร้อยละ 20.27 ของผู้ที่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมทั้งหมด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่พยาบาลมีภาระงานหนัก ประสบการณ์หรือการได้รับการอบรมน้อย อาจทำให้พยาบาลไม่ทราบการดูแลผู้ที่มีความแตกต่างทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม และเกิดความไม่มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตวิญญาณ (Hu et al., 2019; Harrad et al., 2019)

#### 4.2.1.8 ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต

พฤติกรรมด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต ( $\bar{x} = 8.25$ , S.D. = 1.83) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อความที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต ฉันประเมินปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้การพยาบาลในแต่ละระยะหรือช่วยเหลือในการส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม” จากการศึกษาเกี่ยวกับการสูญเสียในญาติ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการดำเนินการของโรคค่อยเป็นค่อยไป ไม่ชัดเจน ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล จากการรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต และอาจเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตทั้งในทางบวกและทางลบ (Jaiboon et al., 2023) อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์อธิบายเกี่ยวกับการดำเนินโรค แนวทางการรักษาและการเตรียมรับมือกับความตายน้อยกว่าในกลุ่มโรคมะเร็ง เนื่องจากส่วนใหญ่คิดว่า ยังไม่ใช่โรคที่คุกคามจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้น การพูดคุยกับญาติ และประเมินภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย จึงเป็นเรื่องที่ญาติรับมือได้ยาก การพูดคุยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Kasdorf et al., 2022) พยาบาลจึงรู้สึกกลัวว่าสิ่งที่ตนสื่อสารจะไปมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดในการพูดคุยได้ หากไม่เคยพูดคุยหรือดูแลครอบครัวผู้ที่เสียชีวิตมาก่อน (Madsen et al., 2023) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ไม่ได้เป็นพยาบาลประจำประคับประคองของหน่วยงานนั้นๆ แต่ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยงานเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง และหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชน ซึ่งจะประเมินช่วยติดตามและดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิต รวมถึงให้คำแนะนำในการรับมือกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงอาจมีประสบการณ์น้อยในด้านนี้ และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

#### 4.2.2 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 35.21 คะแนน ( $\bar{x} = 35.21$ , S.D. = 5.87) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน สามารถอธิบายรายด้านดังต่อไปนี้

##### 4.2.2.1 ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

ด้านความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ( $\bar{x} = 4.45$ , S.D. = 2.27) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 36.16) คือ “การดูแลแบบประคับประคอง



เป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเท่านั้น” โดยการดูแลแบบประคับประคองและการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจาก มีการดำเนินโรคที่ชัดเจน ระยะเวลาการรอดชีวิตน้อย จึงมีการวางแผนหรือพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการหรือแนวทางการรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว (Funes et al., 2020; Butow et al., 2020) อีกทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แพทย์เจ้าของไข้จะปรึกษานักสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อดูแลต่อเนื่อง อาจทำให้พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองถูกพัฒนาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพตอบคำถามเกี่ยวกับความหมายในการดูแลแบบประคับประคองถูกเพียงแค่ร้อยละ 15 เท่านั้น (Lin et al., 2021)

#### 4.2.2.2 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ด้านการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ( $\bar{x} = 3.06$ , S.D. = 1.98) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 39.45) คือ “การประเมินแนวโน้มนระยะเวลาการมีชีวิตอยู่โดยใช้ PPS” อาจเนื่องจาก แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (The Palliative Performance Scale [PPS]) ถูกพัฒนามาเพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมและทำนายการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Evans & McCarthy, 1985) ในภายหลังเริ่มมีการนำมาประเมินในผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้ใช้แบบประเมิน PPS ในการประเมินและเขียนบันทึกลงเอกสารทางการแพทย์ (Baik et al., 2018) อีกทั้งในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง นอกจากนั้นร้อยละ 27.90 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นไปได้ว่าส่วนหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ไม่เคยหรือใช้แบบประเมิน PPS น้อย

#### 4.2.2.3 การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ด้านการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ( $\bar{x} = 5.96$ , S.D. = 2.35) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 40.82) คือ “ผู้เกี่ยวข้องในการประชุมครอบครัว (Family meeting)” อาจอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความรู้จะต้องผ่านการฝึกทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ธีระชล สาทสิน, 2559) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเพิ่มเติมในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อยที่สุด และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (กรมการแพทย์, 2566) ได้กำหนดให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance



Care Planning) เพิ่มขึ้นดังที่ได้กล่าวมา ทางโรงพยาบาลจึงเริ่มมีนโยบายสนับสนุนให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเริ่มมีการจัดตั้งคลินิกโดยเฉพาะ จึงอาจทำให้ความรู้ด้านการให้ข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง

#### 4.2.2.4 อาการและการจัดการอาการ

ด้านอาการและการจัดการอาการ ( $\bar{x} = 8.30$ , S.D. = 3.63) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 24.93) คือ “การจัดการอาการหายใจลำบาก” อาจเนื่องจากภาวะหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หากผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องจัดการ ซึ่งการรักษาภาวะหายใจลำบากที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการใช้ยา (pharmacological therapy) (Niu et al., 2022) อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตถึงร้อยละ 29 การจัดการภาวะหายใจลำบากจึงมีการใช้ยาเป็นหลัก แต่ในข้อคำถามเป็นการถามเรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) ซึ่งในตัวเลือกรวมถึงเรื่อง การจัดการอาการหายใจลำบากโดยใช้พัดลม (Fan therapy) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิดมากที่สุดคือ “การใช้พัดลมเป่าเบาๆ บริเวณลำตัวของผู้ป่วย ช่วยลดอาการหายใจลำบากและอาการอ่อนเพลียในผู้ป่วยระยะท้ายได้” อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอาจมีประสบการณ์ในการจัดการอาการเช่นนี้น้อย อีกทั้งการศึกษาการจัดการอาการหายใจลำบากโดยใช้พัดลมส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Qian et al., 2019) และเพิ่งเริ่มมีการบรรจุในแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในปีค.ศ. 2018 (National Comprehensive Cancer Network, 2018)

#### 4.2.2.5 จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ

ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ ( $\bar{x} = 5.04$ , S.D. = 2.97) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 58.90) คือ “การประเมินความปรารถนาสุดท้าย (Last Wishes)” อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณประมาณร้อยละ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรีย์ พรหมสิงห์ (2559) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยอภิปรายว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการอบรมส่วนใหญ่อบรมเพียง 1 วัน ซึ่งการอบรมเพิ่มเติมจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หากขาดความรู้และทักษะจะทำให้เกิดความยากในการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและส่งผลต่อการดูแลทางด้านจิตวิญญาณได้

#### 4.2.2.6 การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย

ด้านการดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย ( $\bar{x} = 9.13$ , S.D. = 4.25) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 30.95) คือ “หากสามีหรือภรรยาเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ภรรยาหรือสามีจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาทั้งหมด” อาจเพราะภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินโรคที่ไม่ชัดเจน การรักษาส່วนใหญ่จะมุ่งเน้นรักษาตัวโรคให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งพยาบาลอาจจะรู้สึกลำบากใจที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย (Yang et al., 2023) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest) ผู้ป่วยและครอบครัวอาจจะไม่ได้มีการเตรียมวางแผนเรื่องแนวทางการรักษาหรือความปรารถนามาก่อน (Chan et al., 2023) พยาบาลจึงอาจจะมีประสบการณ์ในการทำ Living will ไม่มาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งในการอบรมจะมีการสอนเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เช่น การตัดสินใจที่จะงดหรือระงับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอนการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) ผ่านพินัยกรรมชีวิต (Living will) หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จึงอาจทำให้พยาบาลตอบผิดในข้อนี้มากที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่พบว่า คะแนนความรู้ในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากกว่า 10 ราย และร้อยละ 99 มีความเข้าใจว่า หากบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยที่จะสนับสนุนให้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต และหากตนเองเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เห็นด้วยที่จะเลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตของตนเอง (Chaihan & Munluan, 2023) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวมีความรู้ในระดับสูง

### 4.2.3 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง

ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุดกลุ่มตัวอย่างตอบ คือ “ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะพูดกับญาติของผู้ป่วยระยะประคับประคองเกี่ยวกับเรื่องวิถีความเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่เหลืออยู่” อาจเนื่องจาก ทักษะคติเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่พบหรือสิ่งแวดล้อม (Fishman et al., 2021) จากงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 10 ปี 1 เดือน – 20 ปี อีกทั้งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (NYHA Functional Classification) ระดับที่ 3-4 เฉลี่ยประมาณ 22 ราย และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉลี่ยประมาณ 3 ปี ซึ่งจัดอยู่ในระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) มีความเข้าใจบริบท สามารถวางแผน และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม (Benner, 1984) และประสบการณ์ต่างๆ จะทำให้บุคคลเกิดการแปลผลความคิด ความเชื่อไปในทางบวกหรือลบตามสถานการณ์ที่พบเจอ หากมีประสบการณ์มาก ก็อาจเกิดความคุ้นเคยและมีทัศนคติทางบวกกับสิ่งนั้น (Alzahrani & O’Toole, 2017) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการสื่อสาร จึงอาจทำให้พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง

โดยพยาบาลส่วนใหญ่มักมองว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงไม่ได้มีการประเมินระยะเวลาที่อยู่รอด สอดคล้องกับการศึกษาของซิงห์และคณะ (Singh et al., 2021) ที่พบว่า พยาบาลถึง 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผิดหวัง หากไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติ และร้อยละ 84 มองว่าหากการดำเนินโรคของผู้ป่วยแย่ลง ต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาที่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า จึงอาจทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจที่จะสื่อสารกับญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องวิถีความเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่เหลืออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2014) ซึ่งได้ศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ในด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลในระดับปานกลาง ( $r = .38, p < .05$ ) เช่นเดียวกับผลการศึกษาคิมและคณะ (Kim et al., 2020) ที่พบว่า ทักษะคติของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ การพูดกับผู้ป่วยและญาติในระยะใกล้ตาย (dying)

แต่ยังพบผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ของสาธารณรัฐเยเมน อธิบายว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานและการดูแลแบบประคับประคองในช่วง 1-5 ปี อีกทั้งไม่เคยอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงส่งผลให้มีทัศนคติที่ไม่ดี (Al-Falahi et al., 2022) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาของจิรวัดน์ ประคองพันธ์ (2565) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพยาบาลวิชาชีพเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองถึงร้อยละ 89.6 และเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย (อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 83.0 จึงทำให้พยาบาลมีทัศนคติในระดับดี ( $\bar{x} = 76.59$ , S.D.=7.53) เนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่าในการศึกษาคั้งนี้

#### 4.2.4 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 49.18 (S.D. = 8.68) ซึ่งอยู่ในระดับมาก สามารถอภิปรายในรายด้านได้ดังนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังนี้

##### 4.2.4.1 ผู้ป่วยและครอบครัว

พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้านผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 24.48$ , S.D. = 4.51) ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ “ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า” เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวมีวิธีการรักษาที่หลากหลาย จึงเริ่มทำกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าเมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายแล้ว อีกทั้งญาติผู้ป่วยต้องการรักษาอย่างเต็มที่เพื่อยื้อชีวิต (ดังตารางที่ ข.5) จึงอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของซีเอมและคณะ (Ziehm et al., 2016) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 รับรู้อุปสรรคว่าเกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวยังต้องการรักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจจะขัดต่อความต้องการของผู้ป่วย และจากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลในไต้หวัน พบว่า พยาบาลมีความกังวลในเรื่องการยอมรับของผู้ป่วยและญาติว่าระยะของโรคดำเนินมาสู่ระยะท้ายในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีการพูดคุยและร่วมวางแผนร่วมกันมาก่อน (Hsieh et al., 2019) จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้รับรู้อุปสรรคในระดับมาก

#### 4.2.4.2 ระบบการดูแล

พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้านระบบการดูแลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 24.70$ , S.D. = 4.96) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ “ขาดความร่วมมือและการประสานงานของทีมที่ดูแล” อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังมีแนวปฏิบัติที่ไม่แน่ชัด และไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่แพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทางเมื่อต้องติดตามต่อเนื่องในช่วงผู้ป่วยกลับบ้าน บางหน่วยงานอาจมีทีมเฉพาะทางที่เคยดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปเยี่ยมหรือติดต่อทางไกล แต่บางส่วนจะมีการส่งข้อมูลต่อไปยังพยาบาลชุมชน หรืออาสาสมัครชุมชน โดยทีมที่ดูแลเดิมไม่ได้ติดตามเมื่อกลับไปบ้าน (ดังภาคผนวก ข) อาจเกิดปัญหาในการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่หอบผู้ป่วย ไม่ได้อยู่ในทีมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นผู้ประสานงานหลักกับทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของซีเอมและคณะ (Ziehm et al., 2016) ที่ศึกษาบริบทโรงพยาบาลศูนย์ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการที่บุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นไม่ตรงกันในเรื่องแนวทางการรักษา อาจทำให้ขาดการติดต่อประสานงานตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งพยาบาลรับรู้ว่าการติดต่อประสานงานหลักเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลจึงรับรู้อุปสรรคในระดับมากเช่นเดียวกัน

#### 4.2.5 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 59.51 คะแนน ( $\bar{x} = 59.51$ , S.D. = 16.26) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีเพียง 2 ด้านที่มีทักษะในระดับปานกลาง คือ คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ และการใช้งานสารสนเทศ สามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

**4.2.5.1 ความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) อยู่ในระดับน้อย โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ฉันระบุข้อมูลเกี่ยวกับผลงาน ทักษะ การศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานในโลกออนไลน์”**

อาจเนื่องจาก ในปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ใช้บริการด้านเนื้อหาโซเชียลมีเดีย (social media) หรือสร้างคอนเทนต์ต่างๆ ร้อยละ 67.72 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น (Ministry of Public Health, 2021) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยประมาณ 35 ปี มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น การใช้งานโซเชียลมีเดียจะลดลง รวมถึงจำนวนการเข้าถึงแพลตฟอร์ม (Platform) ก็ลดลงเช่นเดียวกัน (Chidiac et al., 2022) อีกทั้งวัตถุประสงค์การใช้งานจะเน้นในการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนที่อยู่ห่างไกล (Khoo & Yang, 2020) จึงอาจจะมีการเขียนระบุข้อมูลเกี่ยวกับผลงาน รางวัลหรือประสบการณ์ด้านการพยาบาลน้อย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจินตนา อาจสันเทียะ และคณะ (2565) ที่พบว่า ทักษะที่มีคะแนนต่ำที่สุดของพยาบาลคือ ด้านภาพลักษณ์ และทักษะส่วนบุคคล (การรักษาอัตลักษณ์ที่ดีของตนเอง) เช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัลจะต้องมีการพัฒนาทักษะในการใช้โซเชียลมีเดีย เช่น การเขียนบทความทางวิชาการ ผลงาน การแชร์ข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพทางออนไลน์ เป็นต้น เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและแสดงความก้าวหน้าในวิชาชีพ (McGonigle & Mastrian, 2017)

#### 4.2.5.2 การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy)

การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) อยู่ในระดับน้อย โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ฉันเป็นผู้นำในการค้นหาข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาแบบการดูแลของหน่วยงาน” อาจเนื่องจากในปัจจุบันปัญหาของการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้งานคือการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 75 ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพดิจิทัล (Ministry of Public Health, 2021) อีกทั้งวัฒนธรรมองค์กรยังไม่ได้สนับสนุนการนำดิจิทัลมาใช้มากนัก เช่น การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมเกี่ยวกับดิจิทัลทางสุขภาพ การสนับสนุนด้านการเปลี่ยนแปลงและสร้างนวัตกรรม การจัดหาอุปกรณ์เทคโนโลยี เป็นต้น พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าตนมีความไม่มั่นใจในทักษะการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล จึงคิดว่าตนไม่สามารถเป็นผู้นำในการค้นหาข้อมูล หรือสร้างนวัตกรรมมาใช้ในหน่วยงานของตนได้ (Burgess & Honey, 2022; Laukka et al., 2023) นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และไม่มีใครปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลอาจคิดว่าผู้นำในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ประกอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Koonpool & Wivatwanich, 2019) ทักษะในด้านนี้จึงอยู่ในระดับน้อย



#### 4.2.5.3 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality)

คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ฉันเข้าใจคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับดิจิทัลทางสุขภาพ” อาจอธิบายได้ว่า หลักสูตรด้านสุขภาพดิจิทัลที่บูรณาการเข้ากับหลักสูตรด้านสุขภาพและการฝึกอบรมด้านการบริการระดับมืออาชีพที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรสุขภาพในสถานปฏิบัติงาน ยังไม่ได้มีหลักสูตรเฉพาะที่ชัดเจน โดยเฉพาะในการศึกษาต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะ (Ministry of Public Health, 2021) นอกจากนี้แล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน จากการศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown et al., 2020) ศึกษาพยาบาลวิชาชีพในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งยังไม่มี การบรรจุวิชาสารสนเทศทางการพยาบาล (nursing informatics) หรือการรู้ดิจิทัล (digital literacy) เข้ามาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอย่างชัดเจน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุในช่วง 36-45 ปี ซึ่งมีอายุใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ประเมินว่าตนเองไม่มีความสามารถในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐาน ซึ่งรวมถึงการเข้าใจคำศัพท์ทางดิจิทัลด้วย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงอาจพบว่า พยาบาลวิชาชีพรู้คำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับดิจิทัลทางสุขภาพค่อนข้างน้อยเช่นเดียวกัน

#### 4.2.5.4 การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care)

การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินภาวะสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นต้น” สอดคล้องกับความต้องการด้านการติดตามและดูแล ต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผ่านการโทรศัพท์สอบถาม และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (รัตนารักษ์ สังข์ทอง, 2565) อาจเป็นไปได้ว่า ในประเทศไทยมีผู้ใช้งานแอปพลิเคชันทางด้านสุขภาพเพียง ร้อยละ 30 (Ministry of Public Health, 2021) เมื่อพิจารณาเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปีพ.ศ. 2564 มีแอปพลิเคชันสำหรับการรักษาและประเมินสุขภาพ (ระดับ 3a) จำนวน 9 แอปพลิเคชันและสำหรับการรักษาตามการวินิจฉัยโรค และเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ เพื่อติดตามผลการรักษา (ระดับ 3b) จำนวน 3 แอปพลิเคชัน โดยมีผู้ดำเนินการหลักเป็นที่บุคลากรหรือหน่วยงานเฉพาะทางในโรงพยาบาล อีกทั้งคาดว่าในปีนี้จะยกเลิกแอปพลิเคชันคุยกับหมอ ซึ่งเป็นการ ประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยทางออนไลน์ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2564) จึงทำให้ช่องทางการติดตามลดน้อยลง นอกจากนี้ โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่



ศึกษา บางหน่วยงานจะใช้แอปพลิเคชันหรือไลน์แอปพลิเคชันที่หน่วยงานของตนได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความรู้ในการปฏิบัติตนและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเกิดข้อสงสัย ซึ่งจัดอยู่ในเทคโนโลยีที่ให้ความรู้ และมีการโต้ตอบระหว่างผู้ใช้และผู้ดูแลระบบ (ระดับ 2) เท่านั้น ดังนั้น การใช้งานสารสนเทศของกลุ่มตัวอย่าง จึงอยู่ในระดับปานกลาง

#### 4.2.5.5 เทคโนโลยี (Technology)

เทคโนโลยี (Technology) อยู่ในระดับน้อย โดยข้อความถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “เมื่อเกิดปัญหาในการใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลของโรงพยาบาล ฉันสามารถให้คำแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้” จากที่ได้กล่าวมาในช่วงต้นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางเทคโนโลยีดิจิทัลยังมีน้อย และยังไม่ได้มีหลักสูตรการอบรมอย่างชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาจึงอาจจะยังไม่สามารถแก้ไขหรือแนะนำให้แก่ผู้อื่นได้ นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความไม่เข้าใจและไม่สามารถแก้ไขปัญหาทางเทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ จึงทำให้เจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล (IT Support) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ (Sittig et al., 2020) อาจทำให้ทักษะด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการแก้ไขปัญหาาระบบและการให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย

4.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคิดในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

จากงานวิจัยนี้พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .420, p < .01$ ) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ จากแนวคิดความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของลอเนียลา (Launiala, 2009) ได้อธิบายว่า ความรู้และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยความรู้ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามองค์ความรู้นั้น ในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งสมรรถนะ

ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จะต้องมีทักษะขั้นต้นในการดูแลแบบประคับประคอง ในรายวิชาจึงมีหัวข้อเรื่องการดูแลระยะสุดท้าย (ขั้นพื้นฐาน) ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หรือรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นการบรรยายเพียง 2-3 ชั่วโมง แต่อย่างไรก็ตาม ในหลักสูตรยังไม่มี รายวิชาการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ (ศศิวิมล ปานุราช, 2559; รัตรี ฉิมฉลอง, 2564) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่ง การไม่ได้รับการอบรมหรือได้รับการอบรมที่ไม่เพียงพอทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Tipseankhum, 2020) เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน PPS ซึ่งเป็นความรู้ขั้น พื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับพฤติกรรมรายข้อเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน PPS ก็อยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อบุคคลศึกษาค้นคว้า มีประสบการณ์หรือเผชิญสถานการณ์ต่างๆ บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ วิเคราะห์ สถานการณ์และแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนตามความรู้ที่มี (วาริน่า หนูพินิจ, 2559) ดังนั้น ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หากพยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเพิ่มเติมจะทำให้เกิดการ เรียนรู้ วิเคราะห์สถานการณ์ได้ครอบคลุมมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา (วาริน่า หนูพินิจ, 2559; พัชรีย์ พรหมสิงห์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง (จิรวัดณ์ ประคองพันธ์, 2565) ซึ่งได้อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง และเกิดการเรียนรู้จากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง จึงทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาล และพบผลการศึกษาเช่นเดียวกันที่ศึกษาใน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการ ดูแลแบบประคับประคอง โดยได้อธิบายว่า การมีความรู้ทำให้เกิดทัศนคติที่ดี จึงทำให้ลดความกังวล โดยเฉพาะในเรื่องแนวปฏิบัติที่ยังไม่ชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ ไม่ใช่มะเร็ง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้เพียงพอ จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและก่อให้เกิด สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น (Kim et al., 2020)

แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบผลการศึกษาที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาของลินและคณะ (Lin et al., 2021) พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลแบบ ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจาก ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการ ทำงานเพียง 1-2 ปี ซึ่งยังมีประสบการณ์น้อย ต้องเรียนรู้ จดจำและอยู่ภายใต้การกำกับของพยาบาล ที่มีประสบการณ์สูงกว่า โดยความรู้เป็นลักษณะส่วนบุคคล ถ้ามีความรู้ในระดับการจำซึ่งเป็นขั้น

พื้นฐาน เช่น การสังเกตและจดจำพฤติกรรมของผู้อื่นมา จะนำไปปฏิบัติจริงได้ไม่มาก และจากการศึกษาของ ซูลีพร พรหมพาหกุล และคณะ (2565) ที่พบผลการศึกษาเช่นเดียวกัน อธิบายว่า ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาจมีหลายปัจจัยที่ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความมั่นใจและแสดงพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย

ดังนั้น จากการศึกษาในครั้งนี้ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม หากเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การเพิ่มจำนวนชั่วโมงการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรการศึกษา การเพิ่มรายละเอียดการสอนการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพศึกษาในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลแบบประคับประคอง การจัดอบรมเพิ่มเติมภายในโรงพยาบาล เป็นต้น การสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการเรียนรู้ นำมาวิเคราะห์และปรับใช้ให้ถูกต้องและเหมาะสมตามบริบทต่อไป

### **สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

จากงานวิจัยนี้พบว่า ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .429, p < .01$ ) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ จากแนวคิดความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติของลอเนียลา (Launiala, 2009) ได้อธิบายว่า ทักษะคติจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติ ในทางอ้อมคือทักษะคติเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติหรือพฤติกรรมจะแสดงออกตามทักษะคตินั้นๆ หากมีทักษะคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีตามมา ในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผู้ที่มีความสามารถ (Competent) ตามบันไดวิชาชีพ (Benner, 1984) จากประสบการณ์ที่ได้รับ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น และบริบทที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือบางโรงพยาบาลมีการผลักดันให้นำแนวปฏิบัติมาใช้มากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ทักษะคติของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาของลินและคณะ (Lin et al., 2021) ที่พบว่า ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.48, p < 0.001$ ) โดยได้อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90

มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองและเคຍอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 6 เดือน จึงทำให้มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมั่นใจในการดูแลมีทัศนคติเชิงบวก และสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเช่นเดียวกับการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2014) ที่ศึกษากับพยาบาลในหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะ และมีร้อยละการอบรมเพิ่มเติมใกล้เคียงกับการศึกษานี้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความพร้อมในการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.575$ ,  $p < .01$ ) โดยทัศนคติในระดับปานกลาง จะส่งผลให้เกิดความพร้อมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยยังพบการศึกษาที่ไม่สอดคล้องในบริบทที่แตกต่างของ ธีระชล สาดสิน (2559) ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยได้อธิบายว่า ทัศนคติเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสมรรถนะ แต่พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้นการมีเพียงทัศนคติที่ดีอย่างเดียวจึงไม่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาล

จะเห็นได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังนั้น การส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดี เช่น การมีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย การส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกับทีมที่ดูแล เป็นต้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติที่ดีแล้ว จะส่งผลให้แสดงออกที่ดีตามมา

### **สมมติฐานการวิจัยที่ 3 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.309$ ,  $p < .01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก อุปสรรคคือ สิ่งที่ขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรม บุคคลจะแปลความจากสิ่งเร้าที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย (ราชบัณฑิตยสภา, 2557) หากพยาบาลแปลความหมายจากสิ่งเร้าว่าเป็นอุปสรรค

พยาบาลจะมีทัศนคติเชิงลบ หลีกเลียง หรืออาจทำให้แนวโน้มพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางที่ไม่ดี (Romano, 2020) พยาบาลรับรู้ว่ามีแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่หลากหลาย และรู้ว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตัวโรคจนถึงลมหายใจสุดท้าย (Aldhahir, 2022) แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3 ปี มีทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มในเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงอาจทำให้พยาบาลเปลี่ยนใจจากสถานการณ์ที่พบ ยิ่งรับรู้อุปสรรคในการดูแลมาก ก็ส่งผลให้พยาบาลเลือกที่จะหลีกเลียงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในระดับมากในเรื่องของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พฤติกรรมด้านความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพจึงอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และอุปสรรค กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง พบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.23, p < .05$ ) อธิบายว่า พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง จึงเกิดการเรียนรู้พัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้พยาบาลรับรู้อุปสรรคในการดูแลลดลงและมีการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น (Thepsaw et al., 2018)

แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบการศึกษาพฤติกรรมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองของ จิรวัดน์ ประคองพันธ์ (2565) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทเขตพื้นที่เดียวกัน แต่อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย มากกว่าร้อยละ 80 และร้อยละ 89.6 เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง นอกจากการมีประสบการณ์โดยตรงแล้ว ในปัจจุบันเริ่มมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะ (Netherlands Comprehensive Cancer Organisation, 2021; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อีกทั้งโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วยที่ช่วยให้คำแนะนำประสานงานและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีการรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น แต่ยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้ จะเห็นได้ว่า หากพยาบาลวิชาชีพรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน

ดังนั้น การลดอุปสรรคเหล่านั้น เช่น การสนับสนุนให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว การสร้างแนวปฏิบัติในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การประชุมหรือพูดคุยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลหรือกลับสู่ชุมชน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองเสริมสร้างความต่อเนื่องและไร้รอยต่อในการดูแล

#### **สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .615, p < .01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อาจเนื่องจากการมีทักษะในด้านเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญในยุคนี้ โดยทักษะทางเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติ (McGonigle & Mastrian, 2017) ในปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขทั่วโลกได้มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพสังคม มาใช้ในการดูแลแบบประคับประคองและในกลุ่มโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2563; อังคณา จงเจริญ และวุฒิพงษ์ เชื้อมนอก, 2564) อีกทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรังไม่สามารถหายขาดได้ จึงต้องมีการติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง เทคโนโลยีจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก (Mills et al., 2021) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับความรู้เพิ่มเติมมาจากการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก ดังนั้น การค้นหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในการสืบค้น เมื่อบุคคลมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ จะทำให้สามารถหาความรู้ได้หลากหลาย น่าเชื่อถือ และทันเหตุการณ์มากยิ่งขึ้น (Krick et al., 2019; Loureiro et al., 2021) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้และเอเชีย พบว่า พยาบาลวิชาชีพบางส่วนยังไม่เข้าใจและไม่สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดสมรรถนะในการรู้ดิจิทัลและสารสนเทศ (Cruz et al., 2011; Choi, 2012; Abdrbo et al., 2015; Jinna et al., 2017; Seo et al., 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า พฤติกรรมด้านการประเมินการดำเนินโรคของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งต้องมีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประเมินการรอดชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเพิ่มเติม อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาทักษะ



การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพกับพยาบาลที่พบว่า การรู้ดิจิทัลของพยาบาลในระดับสูงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก พยาบาลจะสามารถสืบค้นข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สอนเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งสร้างนวัตกรรมเพื่อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างหลากหลายและมีความสะดวกมากขึ้น (Terry et al., 2019)

อีกทั้งจากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพอาจส่งผลให้เกิดการส่งต่อข้อมูลกับทีมที่ดูแลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไม่ครบถ้วนหรือไม่ต่อเนื่อง (ดังภาคผนวก ข) เนื่องจาก พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้จะนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ เว็บไซต์สุขภาพ หรือให้คำปรึกษาทางไกลแล้ว เทคโนโลยียังช่วยทำให้การประสานงานสะดวกมากขึ้น โดยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกทางการแพทย์ ถ่ายโอนแฟ้มข้อมูลและส่งต่อไปยังทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพทางการแพทย์ (Mills et al., 2021; Isidori et al., 2022; May et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ทางสุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth) ได้แก่ แท็บเล็ต และนาฬิกาอัจฉริยะ (smartwatch) มาช่วยในการจัดการตนเองและเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ภายหลังจากการใช้งาน ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น หากบุคลากรทางการแพทย์มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวอย่างไร้รอยต่อ และมีมาตรฐานมากขึ้น (Villalobos et al., 2022) ดังนั้น ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสูงดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า การมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้น ควรมีการพัฒนาทักษะเหล่านั้น เช่น สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในรูปแบบต่างๆ การจัดอบรมด้านการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในโรงพยาบาล การสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้สร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การจัดหาอุปกรณ์เทคโนโลยีมาใช้ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เป็นต้น การมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพในระดับสูง จะยิ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association) พ.ศ. 2563 อย่างน้อย 3 ราย ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) จำนวนทั้งสิ้น 7 โรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งการศึกษานี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาทั้งหมด (ร้อยละ 100) จำนวน 365 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) 2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Nurses' Behavior in Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire [NBPC-HF]) 3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Knowledge Questionnaire [PCKQ]) 4) ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Attitude Questionnaire [PCAQ]) 5) ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Perceived Barriers to Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire [PBPC-HF]) และ 6) ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ (Digital Health Technology Skills Questionnaire [DHTSQ]) ส่วนที่ 2-6 ได้ผ่านการบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ .91, .92, .92, 1.00 และ .88 ตามลำดับ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) กับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบประเมินมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [KR20]) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, .84, .82 และ .97

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ภายหลังทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้วพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

## ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงผลดังต่อไปนี้

### 5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.50 โดยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 25-40 ปี เฉลี่ย 35.24 ปี ร้อยละ 61.60 มีสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.07) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.40)

ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 54.20) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 13.07 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 10 ปี 1 เดือน ถึง 20 ปี (ร้อยละ 28.49) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 10.21 ปี ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันส่วนใหญ่ 5 ปี 1 เดือน – 10 ปี (ร้อยละ 23.01) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) และทุกหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในปัจจุบัน มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 72.10 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง แต่เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.07) ไม่เคยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเข้าอบรมน้อยที่สุดในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ร้อยละ 15.07)

### 5.1.2 พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.03) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 86.41 (S.D. = 19.52) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ผลเป็นดังนี้ 1) ด้านการประเมินการดำเนินโรค ( $\bar{x}$  = 5.26, S.D. = 1.28) อยู่ในระดับต่ำ 2) ด้านการประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย ( $\bar{x}$  = 18.12, S.D. = 4.01) อยู่ในระดับปานกลาง 3) ด้านความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ( $\bar{x}$  = 9.46, S.D. = 2.19) อยู่ในระดับต่ำ 4) ด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x}$  = 14.30, S.D. = 3.06) อยู่ในระดับปานกลาง 5) ด้านการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ( $\bar{x}$  = 9.40, S.D. = 2.52) อยู่ในระดับปานกลาง 6) ด้านการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x}$  = 11.78, S.D. = 2.34) อยู่ในระดับปานกลาง 7) ด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ ( $\bar{x}$  = 9.84, S.D. = 2.49) อยู่ในระดับปานกลาง และ 8) ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต ( $\bar{x}$  = 8.25, S.D. = 1.83) อยู่ในระดับปานกลาง

### 5.1.3 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.10) มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 35.21 (S.D. = 5.87) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ดังนี้ 1) ด้านความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ( $\bar{x}$  = 4.45, S.D. = 2.27) 2) ด้านการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ( $\bar{x}$  = 3.06, S.D. = 1.98) 3) ด้านการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ( $\bar{x}$  = 5.96, S.D. = 2.35) 4) ด้านอาการและการจัดการอาการ ( $\bar{x}$  = 8.30, S.D. = 3.63) 5) ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ ( $\bar{x}$  = 5.04, S.D. = 2.97) และ 6) ด้านการดูแลระยะใกล้ตาย ชะตาและหลังตาย ( $\bar{x}$  = 9.13, S.D. = 4.25)

### 5.1.4 ทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง

ทักษะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.16) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 81.66 (S.D. = 6.24)

### 5.1.5 การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.11) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 49.18 (S.D. = 8.68) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังนี้ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{x}$  = 24.48, S.D. = 4.51) และ 2) ด้านระบบการดูแล ( $\bar{x}$  = 24.70, S.D. = 4.96)

### 5.1.6 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 64.39) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 10.82 (S.D. = 2.96) ทักษะรายด้านเป็นดังนี้ 1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) ( $\bar{x}$  = 10.82, S.D. = 2.96) อยู่ในระดับน้อย 2) การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) ( $\bar{x}$  = 10.14, S.D. = 3.53) อยู่ในระดับน้อย 3) คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) ( $\bar{x}$  = 12.76, S.D. = 3.46) 4) การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) ( $\bar{x}$  = 12.42, S.D. = 3.24) อยู่ในระดับปานกลาง และ 5) เทคโนโลยี (Technology) ( $\bar{x}$  = 11.28, S.D. = 3.07) อยู่ในระดับน้อย

**5.1.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาหลักโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) พบว่า

1) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .420, p < .01$ )

2) ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .429, p < .01$ )

3) การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.309, p < .01$ )

4) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .615, p < .01$ )

## 5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า ทุกปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนั้นแล้ว ยังพบว่า ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง ( $r = .418$  และ  $.408, p < .01$ ) ตามลำดับ อีกทั้งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ( $r = -.263, p < .01$ ) ดังนั้น การพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจึงมีความสำคัญในการช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติที่ดี และลดการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง ซึ่งมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยดังต่อไปนี้

## 5.2.1 ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

5.2.1.1 พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาคุณลักษณะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในการแสวงหาแหล่งความรู้หรือเข้าถึงข้อมูลด้วยตนเองอยู่เสมอโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ อีกทั้งพัฒนาทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะในเรื่องการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิถีความเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่เหลืออยู่

5.2.1.2 พยาบาลวิชาชีพควรลดการรับรู้อุปสรรค โดยควรเริ่มพูดคุยและวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล เพื่อช่วยลดความขัดแย้งในการรักษา อีกทั้งควรมีการร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และไปเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปยังชุมชนในยุควิถีใหม่

## 5.2.2 ด้านการบริหารทางการพยาบาล

5.2.2.1 ควรนำไปใช้ประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือในการประเมินการดำเนินโรค และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นบทบาทในการร่วมค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wishes) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

5.2.2.2 ควรเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การเพิ่มจำนวนชั่วโมงการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรการศึกษา การเพิ่มรายละเอียดการสอนการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพศึกษาในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลแบบประคับประคอง การจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเติมภายในโรงพยาบาล เป็นต้น โดยจัดอบรมในเรื่องการประเมินการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การใช้เครื่องมือ PPS และ ESAS การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการบอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้าย การค้นหาความปรารถนาเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การส่งต่อข้อมูลแก่ทีมที่ดูแลต่อภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และการดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

5.2.2.3 ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในรูปแบบต่างๆ การจัดอบรมด้านการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะในการใช้โซเชียลมีเดีย เช่น การเขียนบทความทางวิชาการ ผลงาน การแชร์ข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพทางออนไลน์ การเป็นผู้นำในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนาหน่วยงาน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพในการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการใช้ระบบเทคโนโลยี



ดิจิทัลของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้สร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### 5.2.3 ด้านการวิจัยทางการแพทย์

5.2.3.1 ในการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ

5.2.3.2 ในการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสะท้อนในมุมมองของผู้รับบริการ อีกทั้งค้นหาความต้องการและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

5.2.3.3 ในการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรหลักมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูง

5.2.3.4 ในการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

### 5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

5.3.1 การศึกษานี้ให้พยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจเกิดความเอนเอียงตามความปรารถนาของสังคม (Social desirability) โดยอาจเลือกตอบข้อความที่เป็นสิ่งที่สังคมปรารถนา แต่อาจจะไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม

5.3.2 การศึกษานี้ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผลการศึกษามีข้อจำกัดในการอ้างอิงในเขตสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งบริบทอื่น เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงในกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างภูมิภาค

5.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้นเอง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีเพียงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แต่ไม่ได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ซึ่งเป็นการวัดความตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดของโครงสร้าง การนำไปใช้อาจพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) เพื่อเพิ่มความตรงของผลการศึกษามากยิ่งขึ้น



## รายการอ้างอิง

- กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). *แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม*. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สรุปผลการดำเนินงานและแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2566 – 2570*. (ม.ป.ท.) <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31007>
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาสีกุล, นิภาพร อภิลิทธิวาสนา, และ มณีนรัตน์ เทียมหมอก. (2560). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี*, 33(3), 138-145.
- กิตติยา มหาวิริโยทัย, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และ อัจฉรียา พ่วงแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(1), 47-63.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานการประเมินสถานการณ์การใช้ Health Application ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ*. (ม.ป.ท.) [https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload\\_file/20211116095048.pdf](https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20211116095048.pdf)
- ชนิดธูรา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉรียา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ย์, และ อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(1), 126-140.
- จิตอารี ศรีอาคะ. (2543). *การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Intellectual Repository (CMUIR). <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/291>
- จินตนา อาจสันเทียะ, สุดารัตน์ สุวาริ, และ น้ำผึ้ง ปรัชญาคุณ. (2565). ทักษะทางดิจิทัล ความเข้าใจทางดิจิทัล และทักษะทางดิจิทัล ในยุคพลิกโฉมของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(1), 232-239.
- จิรวัดน์ ประคองพันธ์. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ชูลีพร พรหมพาหกุล, วราภรณ์ คงสุวรรณ และบุศรา หมื่นศรี. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(2), 1-11.
- ญาณิกา ศักดิ์ศรี. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]*. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12524/1/425749.pdf>
- ดาริกา พรรณแสง. (2564). *คุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]*. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ตุลา วงศ์पालี. (2549). *อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]*. Chiang Mai University Intellectual Repository (CMUIR). <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/15447>
- เดชทัต อัครนารักษ์. (2557). *การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]*. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://core.ac.uk/download/pdf/32430211.pdf>
- ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. (256). การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ของคนประจำเรือไทย. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 8(2), 84-102.
- ทองทิพย์ พรหมศรี. (2551). *การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]*. ศูนย์ข้อมูลการวิจัย. <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/196448>
- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. (2548). *องค์การแห่งความรู้: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: แชนโพร่ พรินติ้ง.

- ธีระชล สาดสิน. (2559). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].  
ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU\\_2016\\_5714032066\\_5923\\_5671.pdf](http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5714032066_5923_5671.pdf)
- บวรลักษณ์ ทองทวี, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2561). พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 35-47.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2552). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- บุษบงค์ ตุ่มสวัสดิ์. (2556). *สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยบูรพา. [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcims/files/51920048.pdf](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcims/files/51920048.pdf)
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, ฤชดา โมเหล็ก, ดารารัตน์ ชูวงศ์อินทร์, เพ็ญพัทธ์ กองเมือง, และ มาริษา สมบัติบุรณ์. (2563). การพยาบาลในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 3(1), 19-39
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.
- นุรดีนี แมะเราะ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และ กันตพร ยอดไชย. (2560). อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู: ประสบการณ์ของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 74-82.
- นันทกา สวัสดิพานิช และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 19-28.
- พรชนิตว์ ลีนาราช. (2560). ทักษะการรู้ดิจิทัลเพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้. *วารสารห้องสมุด*, 51, 76-92.
- พัชรี เรือนศรี, ลินจง โปธิบาล, และ ภาวดี นานาศิลป์. (2558). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(2), 24-35.

- พัชรีย์ พรหมสิงห์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ  
 พยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์  
 มหาวิทยาลัยบูรพา. [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921463.pdf](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921463.pdf)
- ภณิตา อทินวงศ์. (2565). ความรู้ ทัศนคติและประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีต่อการใช้เบาหนั่งนิรภัย  
 สำหรับเด็ก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์  
 มหาวิทยาลัยมหิดล. [https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/  
 4809/1/TP%20MS.029%202565.pdf](https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4809/1/TP%20MS.029%202565.pdf)
- ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์. (2557). พยาบาลสารสนเทศ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 81-85.
- รพีพรรณ อภิรมรัตน์. (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาล  
 โรคหัวใจและทรวงอก*. 28(2), 2-15.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- ราตรี ฉิมฉลอง. (2564). เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล. *วารสาร  
 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 1-16.
- ราตรี ฉิมฉลอง. (2564). บทความพินิจวิสาสมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบ  
 ประคับประคอง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 74(3), 233-239.
- รังสฤษฏ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล. (2561). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง  
 แบบบูรณาการ*. เอ-พลัส พรีเมียม. [http://www.thaiheart.org/images/column\\_1291  
 454908 /CMU%20HF%20 Clinic.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinic.pdf).
- รัตนารณ สังกข์ทอง. (2565). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มี  
 ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้ำวหน้าในยุควิถีใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,  
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. (2563). *ล้อมวงสนทนา: ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพเพื่อการดูแล  
 ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ และ พิระพงศ์ กิติภาวงศ์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการ  
 จัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำ  
 กิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 39(1), 64-76.
- วนิดา หาจักร. (2554). *อิทธิพลของความรู้ สึกไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ  
 การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* [วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 โทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.  
<http://jfklib.oas.psu.ac.th/opac2/BibDetail.aspx?bibno=1242148>

- วารสาร คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต  
ใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 97-108.
- วารสาร คงสุวรรณ.(2559). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี*. สงขลา:ภาค  
วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วารินา หนูพินิจ. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].  
คลังปัญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/11240>
- ศรินรัตน์ วัฒนธรรณท์. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล.  
*วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 13-21.
- ศศิวิมล ปานุราช. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลใน  
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].  
ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU\\_2017\\_5814032057\\_8091\\_9246.pdf](http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5814032057_8091_9246.pdf)
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม ทฤษฎีและการปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์.
- สถาพร ลีลานันท์ทกิจ. (2551). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่2),  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สภาการพยาบาล. (2558). *สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative  
nurse specialist competencies)*. กรุงเทพมหานคร.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการ  
วินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วน  
จำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- สุณี เวชประสิทธิ์, ปุณรดา พวงสมัย และทัศนีย์ ทองประทีป. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์  
รวมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาล  
ศาสตร์เกื้อการุณย์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 170-186.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.  
2563*. ( ม .ป .ท .) . <https://ptepho.moph.go.th/ptepho/Fileupload/download/564058c5328d29ad8e06e50f4c7d8d3.pdf>

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2020). *การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓*. (ม.ป.ท.). [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T\\_0003.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF)
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistic62.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2563). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2563*. (ม.ป.ท.). [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/healthresource2558\\_100160](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/healthresource2558_100160).
- สำนักวิชาการกรรมการแพทย์. (2559). Palliative Care in Heart Disease. ใน *อากาศ พัฒนเรื่องไกล (บ.ก.), List disease of Palliative care and Functional unit* (น. 33-43). อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด. [https://www.dms.go.th/backend//Content/Content\\_File/Old\\_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf](https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf)
- อังคณา จงเจริญ, และวุฒิพงษ์ เชื้อมนอก. (2563). ความท้าทายของพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรม การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 3-15.
- อารีญา ต่านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพริ. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(1), 15-26.
- อิสริยา รักเสนาะ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. ความรู้ ทักษะคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4. (2561). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 242-250.
- อัมภวรรณ ใจเปีย. (2560). การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 23(2), 4-24.
- Abdrbo, A. A. (2015). Nursing Informatics Competencies Among Nursing Students and Their Relationship to Patient Safety Competencies: Knowledge, Attitude, and Skills. *Computers, Informatics, Nursing*, 33(11), 509–514.
- Aldhahir A. M. (2022). Nurses' Perception of, and Barriers to, Delivering Cardiopulmonary Rehabilitation for Heart Failure Patients: A National Survey in Saudi Arabia. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13586. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013586>



- Aggelopoulou, Z., Fotos, N. V., Chatziefstratiou, A. A., Elefsiniotis, I., & Brokalaki, H. (2017). The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Applied Nursing Research, 34*(5), 52-56.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Al-Falahi, M., Haza'a, A., & Al-Qalah, T. (2022). Nurses Knowledge, and Attitude of Palliative Care for Non-Cancer Patient at Public Hospitals in Sana'a City, Yemen. *Al-Razi University Journal for Medical Sciences, 6*(1). <https://doi.org/10.51610/rujms6.1.2022.120>
- Alpert, C. M., Smith, M. A., Hummel, S. L., & Hummel, E. K. (2017). Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart Failure Reviews, 22*(1), 25-39. <https://doi.org/10.1007/s10741-016-9581-4>
- Alzahrani, M., & O'Toole, M. (2017). The Impact of Internet Experience and Attitude on Student Preference for Blended Learning. *Journal of Curriculum and Teaching, 6*, 65-78. <https://doi.org/10.5430/jct.v6n1p65>
- American Library Association. (2013). *Digital literacy, libraries, and public policy: Report of the Office for information technology Policy's digital literacy task force*. Retrieved from [https://www.districtdispatch.org/wpcontent/uploads/2013/01/2012\\_OITP\\_digilitreport\\_1\\_22\\_13.pdf](https://www.districtdispatch.org/wpcontent/uploads/2013/01/2012_OITP_digilitreport_1_22_13.pdf)
- Australian Digital Health Agency. (2020). *National Nursing and Midwifery Digital Health Capability Framework*. Australian Government: Sydney, NSW.
- Baik, D., Russell, D., Jordan, L., Dooley, F., Bowles, K. H., & Masterson Creber, R. M. (2018). Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. *Journal of palliative medicine, 21*(11), 1651-1661. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>
- Bailey, S. C., McCormack, L. A., Rush, S. R., & Paasche-Orlow, M. K. (2013). The progress and promise of health literacy research. *Journal of health communication, 18*(1), 5-8. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.830042>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.



- Berndtsson, I., Karlsson, M. G., & Rejnö, Å. (2019). Nursing students' attitudes toward care of dying patients: A pre- and post-palliative course study. *Heliyon*, *5*(10), e02578. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02578>
- Bierle, R. S., Vuckovic, K. M., & Ryan, C. J. (2021). Integrating Palliative Care Into Heart Failure Management. *Critical care nurse*, *41*(3), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2021877>
- Bloom, B.S., , Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl, D.R. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David Mckay.
- Bostwick, S. D., Wolf, G. S., Bull, D. H., Taylor, K. S., & Johnson, A. H. (2017). Comparing the Palliative Care Needs of Those With Cancer to Those With Common Non-Cancer Serious Illness. *Journal of pain and symptom management*, *53*(6), 1079-1084.
- Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M. L., & McAiney, C. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International journal of palliative nursing*, *18*(2), 77–83. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.2.77>
- Brown, J., Morgan, A., Mason, J., Pope, N., & Bosco, A. (2020). Student Nurses' Digital Literacy Levels: Lessons for Curricula. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, *38*(9), 450-458. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000615>
- Burgess, J.-M., & Honey, M. (2022). Nurse Leaders Enabling Nurses to Adopt Digital Health: Results of an Integrative Literature Review. *Nursing Praxis in Aotearoa New Zealand*, *38*(3). <https://doi.org/10.36951/001c.40333>
- Buss, M. K., Rock, L. K., & McCarthy, E. P. (2017). Understanding Palliative Care and Hospice : A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clinic Proceedings*, *92*, 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.11.007>
- Butow, P. N., Clayton, J. M., & Epstein, R. M. (2020). Prognostic Awareness in Adult Oncology and Palliative Care. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(9), 877-884. doi:10.1200/JCO.18.02112
- Campbell, M. L., & Templin, T. N. (2015). Intensity cut-points for the Respiratory Distress Observation Scale. *Palliative medicine*, *29*(5), 436–442. <https://doi.org/10.1177/0269216314564238>

- Carelock, J., & Clark, A. P., (2001). Heart Failure: Pathophysiologic Mechanism. *American Journal of Nursing*, 101(12), 26-32.
- Cavanagh, C. E., Rosman, L., Chui, P., Minges, K., Desai, N. R., Goodlin, S., Fedson, S., Spertus, J. A., Gluckman, T. J., Song, Y., Zheng, L., Turchin, A., Doros, G., Lee, J. J., & Burg, M. M. (2023). Advance Care Planning and End-of-Life Education in Heart Failure: Insights From the NCDR PINNACLE Registry. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 16(1), <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.122.008989>
- Cha, E., Lee, S., Lee, J., & Lee, I. (2020). Health Personnel's Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy Related to Providing Palliative Care in Persons with Chronic Diseases. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23, 198-211. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.4.198>
- Chidiac, M., Ross, C., Marston, H. R., & Freeman, S. (2022). Age and Gender Perspectives on Social Media and Technology Practices during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 13969. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113969>
- Chaiviboontham S, Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. (2021). *International Journal of Palliative Nursing*, 27(3):132-46. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.3.132>
- Chanaphon, P., Junda, T., & Hanprasitkam, K. (2020). Perception on Palliative Care Competencies among Professional Nurses at Beginner's Level in a Tertiary Hospital under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(3), 61-69 (in Thai).
- Chaihan, N., Munluan, K. (2023). The Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy in Promoting Living Wills of Professional Nurses Working in an Intensive Care Unit. *Nursing Journal CMU*, 50(2), 144-157 (in Thai).
- Chan, Y.-K., Stickland, N., Stewart, S., & on behalf of the, N. I. L. C. H. F. i. (2023). An inevitable or modifiable trajectory towards heart failure in high-risk individuals: insights from the nurse-led intervention for less chronic heart failure (NIL-CHF) study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(1), 33-42. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac036>

- Chapman, E. J., Pini, S., Edwards, Z., Elmokhallalati, Y., Murtagh, F. E. M., & Bennett, M. I. (2022). Conceptualising effective symptom management in palliative care: a novel model derived from qualitative data. *BMC Palliative Care*, 21(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00904-9>
- Choi, J. (2012). Comparative assessment of informatics competencies in three undergraduate programs. *Online Journal of Nursing Informatics*, 16(2), 1–8.
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255–2262. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000084849.96385.85>
- Cleland, J. G., Gemmell, I., & Khand, A. (1999). Is the prognosis of heart failure improving?. *European Journal of Heart Failure*, 1, 229–241.
- Creer, T. L. (2000). *Self-management of chronic illness*. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50047-0>
- Cruz, N. S., Soares, D. K., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Pereira, M. C., & Evora, Y. D. (2011). Nursing undergraduates' technical competence in informatics. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Usp*, 45, 1595–1599.
- Davidson, P. M., Dracup, K., Phillips, J., Daly, J., & Padilla, G. (2007). Preparing for the Worst While Hoping for the Best: The Relevance of Hope in the Heart Failure Illness Trajectory. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(3), 159–165. <https://doi.org/10.1097/01.Jcn.0000267821.74084.72>
- Deenuanpanao S., Kunsongkeit W., Duangpaeng S. (2014). Experiences of family members in caring of patients with chronic Congestive heart failure. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha university*, 22(2), 52-63.
- DeWalt, D. A., Malone, R. M., Bryant, M. E., Kosnar, M. C., Corr, K. E., Rothman, R. L., Sueta, C. A., & Pignone, M. P. (2006). A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial. *BMC health services research*, 6, 30-38. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-30>

- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. A., Stromberg, A., Veldhuisen, D. J., Atar, D., Hoes, A. W., Keren, A., Mebazaa, A., Nieminen, M., Priori, S. G., & Swedberg, K. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *10*, 933–989.
- Dobrina, R., Tenze, M., Palese, A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International Journal of Palliative Nursing*, *20*(2), 75-81.
- Dumitrescu, A. L., Wagle, M., Dogaru, B. C., & Manolescu, B. (2011). Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior. *Journal of oral science*, *53*(3), 369–377. <https://doi.org/10.2334/josnusd.53.369>
- Etafa, W., Wakuma, B., Fetensa, G., Tsegaye, R., Abdisa, E., Oluma, A., Tolossa, T., Mulisa, D., & Takele, T. (2020). Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end- of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PloS one*, *15*(10), e0238357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238357>
- European Society of Cardiology. (2009). Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, *11*, 433-443. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfp041>
- European Society of Cardiology. (2021). Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure are published online today. *European Heart Journal*, *42*(32). <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/ESC-Guidelines-on-heart-failure-management-launched-today>
- Evans, C., & McCarthy, M. (1985). Prognostic uncertainty in terminal care: can the Karnofsky index help?. *Lancet (London, England)*, *1*(8439), 1204–1206. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(85\)92876-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(85)92876-4)
- Fairlamb, H. J., & Murtagh, F. (2021). Health professionals' perceptions of palliative care for end-stage cardiac and respiratory conditions: a qualitative interview study. *BMC palliative care*, *20*(1), 103-114. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00805-3>

- Fan, C., & Wang, J. (2021). Development and Validation of a Questionnaire to Measure Digital Skills of Chinese Undergraduates. *Sustainability*, *14*, 1-22.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Amico, K. R., & Harman, J. J. (2006). An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *25*(4), 462–473. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.462>
- Fishman J, Yang C, Mandell D. Attitude theory and measurement in implementation science: a secondary review of empirical studies and opportunities for advancement. (2021). *Implementation Science*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01153-9>.
- Frommelt, K. H. M. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, *8*(5), 37–43.
- Funes, M. M., Moraes, M. W., Cunha, M. L. D. R., & Almeida, F. A. (2020). Caring for cancer patients facing death: nurse's perception and experience. *Revista brasileira de enfermagem*, *73*Suppl 5(Suppl 5), e20190686. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0686>;
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International journal of palliative nursing*, *18*(6), 267–273. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>
- Gagné, R. M. (1985). *The Conditions of Learning and Theory of Instruction* (4th Ed.). CBS College Publishing.
- Ghaemizade Shushtari, S. S., Molavynejad, S., Adineh, M., Savaie, M., & Sharhani, A. (2022). Effect of end-of-life nursing education on the knowledge and performance of nurses in the intensive care unit: a quasi-experimental study. *BMC nursing*, *21*(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00880-8>
- Gift, A. G. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, *14*(6), 323-325.
- Ginggeaw, S., & Nusara, P. (2019). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *10*(2), 43-54.

- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research*. (8th ed.). The United States: Saunders Elsevier.
- Groenewegen, A., Rutten, F. H., Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2020). Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *22*(8), 1342-1356. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>.
- Groenveld, H. F., Coster, J. E., van Veldhuisen, D. J., Rienstra, M., Blaauw, Y., & Maass, A. H. (2021). Downgrade of cardiac defibrillator devices to pacemakers in elderly heart failure patients: clinical considerations and the importance of shared decision-making. *Netherlands Heart Journal*, *29*(5), 243-252. <https://doi.org/10.1007/s12471-021-01555-w>
- Hagedorn, J. M. (2022). *World Health Organization Analgesic Ladder*. In R. K. Banik (Ed.), *Anesthesiology In-Training Exam Review: Regional Anesthesia and Chronic Pain* (pp. 351-354). Cham: Springer International Publishing.
- Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., & Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, *90*(4-S), 44-55. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- Hill, L., Prager Geller, T., Baruah, R., Beattie, J. M., Boyne, J., de Stoutz, N., Di Stolfo, G., Lambrinou, E., Skibelund, A. K., Uchmanowicz, I., Rutten, F. H., Čelutkienė, J., Piepoli, M. F., Jankowska, E. A., Chioncel, O., Ben Gal, T., Seferovic, P. M., Ruschitzka, F., Coats, A., Strömberg, A., ... Jaarsma, T. (2020). Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *European journal of heart failure*, *22*(12), 2327-2339. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1994>
- Hsieh, C. C., Huang, H. P., Ping, H., Tung, T. H., Chen, I. C., Beaton, R. D., & Jane, S. W. (2019). The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses. *BMC Palliative Care*, *18*, <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0483-9>

- Hu, Y., Li, F., & Chiou, J. F. (2019). Psychometric properties of the Chinese mainland version of the Palliative Care Spiritual Care Competency Scale (PCSCCS-M) in nursing: a cross-sectional study. *BMC palliative care*, *18*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0409-6>
- Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., & Rothgang, H. (2020). Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping Review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *13*, 1905–1926. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S286193>
- Hwang, S. L., Liao, W. C., & Huang, T. Y. (2014). Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, *11*(4), 290-298.
- Isidori, V., Diamanti, F., Gios, L., Malfatti, G., Perini, F., Nicolini, A., Longhini, J., Forti, S., Fraschini, F., Bizzarri, G., Brancorsini, S., & Gaudino, A. (2022). Digital Technologies and the Role of Health Care Professionals: Scoping Review Exploring Nurses' Skills in the Digital Era and in the Light of the COVID-19 Pandemic. *JMIR nursing*, *5*(1), e37631. <https://doi.org/10.2196/37631>
- Jaarsma, T., Beattie, J. M., Ryder, M., Rutten, F. H., McDonagh, T., Mohacsi, P., Murray, S. A., Grodzicki, T., Bergh, I., Metra, M., Ekman, I., Angermann, C., Leventhal, M., Pitsis, A., Anker, S. D., Gavazzi, A., Ponikowski, P., Dickstein, K., Delacretaz, E., . . . McMurray, J. (2009). Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, *11*, 433–443. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfp041>
- Jaiboon, P., Pokpalagon, P., Siripitayakunkit, A. (2023). Factors Related to Grief in Bereaved Family Caregivers of Patients with Chronic Diseases. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *33*( 1 ) , 37-48. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/262716> (in Thai)
- Jina, O., Shin-Jeong, K., Sunghee, K., & Vasuki, R. (2017). Evaluation of the effects of flipped learning of a nursing informatics course. *Journal of Nursing Education*, *56*(8), 477–483.



- Johnson, M.J., Oxberry, S.G., Cleland, J.G., Clark, A.L. (2010). Measurement of breathlessness in clinical trials in patients with chronic heart failure: the need for a standardized approach. *European Journal of Heart Failure*, 12(2), 137-47.
- Joint Information Systems Committee. (2014). *Developing digital literacies*. Retrieved from <https://www.jisc.ac.uk/full-guide/developing-digital-literacies>.
- Kheirbek, R. E., Alemi, F., Citron, B. A., Afaq, M. A., Wu, H., & Fletcher, R. D. (2013). Trajectory of illness for patients with congestive heart failure. *Journal of palliative medicine*, 16(5), 478-484. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0510>
- Khoo, S. S., & Yang, H. (2020). Social media use improves executive functions in middle-aged and older adults: A structural equation modeling analysis. *Computers in Human Behavior*, 111, 106388. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106388>
- Kim, J. S., Kim, J., & Gelegiamts, D. (2020). Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: A cross-sectional descriptive study. *PLoS ONE*, 15(7), e0236390. doi:10.1371/journal.pone.02363
- Kim, S., & Hwang, W. J. (2014). Palliative care for those with heart failure: nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. *European journal of cardiovascular nursing. Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 13(2), 24-133. <https://doi.org/10.1177/1474515113519521>
- Kim, S., Lee, K. & Kim, S. (2020). Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliative Care*, 19(105), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00581-6>
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Association of Critical-Care Nurses*, 9(2), 96-105.

- Koonpool, P., & Wiwatwanich, S. (2019). A Study of Leadership of Head Nurse in Management for Generation Y Nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 172-180. (in Thai)
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' lived experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care unit [Electronic version]. *Nursing Science Quarterly*, 24, 377-384.
- Koshy, A., Gallivan, E., McGinlay, M., Straw, S., Drozd, M., Toms, A., . . . Witte, K. (2020). Prioritizing symptom management in the treatment of chronic heart failure. *ESC Heart Failure*, 7. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12875>
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC health services research*, 19(1), 400. doi:10.1186/s12913-019-4238-3
- Kubler-Ross, E. (1992). *On death and dying*. London: Tavistock Publications.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. London: Simon and Schuster.
- Larson, D. G., & Tobin, D. R. (2000). *End of life conversation: Evolving practice and theory. In Physician patient relationships, death and dying* (pp. 1573-1579). Chicago: JAMA.
- Langkarpint, P. (2016). The role of family members in palliative care for well - being at the end of life. *Payap University Journal*. 26(1), 15-34.
- Laothavorn, P., Hengrussamee, K., Kanjanavanit, R., Moleerergpoom, W., Laorakpongse, D., & Pachirat, O. (2010). Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *CVD prevention and control*, 5, 89-95.
- Laukka, E., Hammarén, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: A qualitative descriptive study. *Journal of advanced nursing*, 79(1), 297–308. <https://doi.org/10.1111/jan.15481>
- Launiala, A. (2009). How Much Can a KAP Survey Tell Us about People's Knowledge, Attitudes and Practices? Some Observations from Medical Anthropology Research on Malaria in Pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, 11, 1-13.

- Li, S., Liu, H., & Zhu, X. (2021). The effect of psychotherapy on anxiety, depression, and quality of life in patients with diabetic retinopathy: A protocol for systematic review and network meta-analysis. *Medicine*, *100*(51), e28386. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028386>
- Lin, H., Chen, C., Lu, C., Lin, S., & Huang, C. (2021). Nurses' knowledge, attitude, and competence regarding palliative and end-of-life care: a path analysis. *PeerJ*. <https://doi.org/10.7717/peerj.11864>
- Loaknimit, V., Junda, T., & Sumdaengrit, B. (2018). Self-perceiving in palliative care competencies of professional nurses after receiving bachelor's degree less than two years in a University Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, *38*(3), 61-69 (in Thai).
- Loureiro, F., Sousa, L., & Antunes, V. (2021). Use of Digital Educational Technologies among Nursing Students and Teachers: An Exploratory Study. *Journal of personalized medicine*, *11*(10), 1010. <https://doi.org/10.3390/jpm11101010>
- Lowey, S. E. (2018). Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, *1067*, 295–311. [https://doi.org/10.1007/5584\\_2017\\_115](https://doi.org/10.1007/5584_2017_115)
- Lupón, J., Bovadilla, G. G., Ferrer, E., Antonio, M., Lluna, A. P., Jorge, L. A., . . . Genís, A. B. (2018). Dynamic Trajectories of Left Ventricular Ejection Fraction in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, *72*(6), 591-601. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.05.042>
- Lynn J, & Adamson DM. (2003). *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Washington: Rand Health.
- Madsen, R., Larsen, P., Fiala Carlsen, A. M., & Marcussen, J. (2023). Nursing care and nurses' understandings of grief and bereavement among patients and families during cancer illness and death – A scoping review. *European Journal of Oncology Nursing*, *62*, 102260. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102260>
- Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., & Chhabra, L. (2021). *Congestive Heart Failure*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Martin, A. (2006). A European framework for digital literacy. *digital kompetanse*. *1*(2), 151-161. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-943X-2006-02-06>

- Matchim, Y., Thongthawee, B., Raetong, P., & Kanhasing, R. (2022). Quality of death and its related factors in terminally ill patients, as perceived by nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(10), 491-496.
- May, S., Bruch, D., Gehlhaar, A., Linderkamp, F., Stahlhut, K., Heinze, M., Allsop, M., & Muehlensiepen, F. (2022). Digital technologies in routine palliative care delivery: an exploratory qualitative study with health care professionals in Germany. *BMC health services research*, 22(1), 1516. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08802-9>
- McBeath, K., Angermann, C., & Cowie, M. (2022). Digital Technologies to Support Better Outcome and Experience of Care in Patients with Heart Failure. *Current Heart Failure Reports*, 19, 1-34. doi:10.1007/s11897-022-00548-z
- McGonigle, D., & Mastrian, K. (2017). *Nursing informatics and the foundation of knowledge* (4th ed.). Jones and Bartlett.
- McIlvennan, C. K., & Allen, L. A. (2016). Palliative care in patients with heart failure. *BMJ*, 353, 176-186. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1010>
- Mills, J. (2019). Digital health technology in palliative care: Friend or foe? *Progress in Palliative Care*, 27(4), 145-146. doi:10.1080/09699260.2019.1650420
- Mills, J., Fox, J., Damarell, R., Tieman, J., & Yates, P. (2021). Palliative care providers' use of digital health and perspectives on technological innovation: a national study. *BMC palliative care*, 20(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00822-2>
- Ministry of Public Health. (2021). *Digital Health Strategy, Ministry of Public Health (2021 – 2025)*. [https://ict.moph.go.th/upload\\_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf](https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf)
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Mohamed, L., & Abouzaied, M. (2021). Self-assessment of nursing informatics competencies and attitudes among baccalaureate-nursing students. *Egyptian Nursing Journal*, 18(1), 28-38. [https://doi.org/10.4103/enj.enj\\_40\\_20](https://doi.org/10.4103/enj.enj_40_20)
- Mularski, R. A., Rosenfeld, K., Coons, S. J., Dueck, A., Cella, D., & Feuer, D. J. (2017). Measuring outcomes in randomized prospective trials in palliative care. *Journal Pain Symptom Manage*, 34(1), 7-19.

- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal*, *330*, 1007-1011.
- Murray, S. A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., & Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of pain and symptom management*, *34*(4), 393–402. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.12.009>
- Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B. et al. (2017). Does improvement in self-management skills predict improvement in quality of life and depressive symptoms? A prospective study in patients with heart failure up to one year after self-management education. *BMC Cardiovascular Disorder*, *17*(51), 12-22. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0486-5>
- Muzzarelli, S., Leibundgut, G., Maeder, M. T., Rickli, H., Handschin, R., Gutmann, M., Jeker, U., Buser, P., Pfisterer, M., Brunner-La Rocca, H. P., & TIME-CHF Investigators (2010). Predictors of early readmission or death in elderly patients with heart failure. *American heart journal*, *160*(2), 308–314. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2010.05.007>
- Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative medicine*, *23*(8), 754–766. <https://doi.org/10.1177/0269216309106871>
- National Comprehensive Cancer Network. (2018). *Palliative Care Version 1*. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx#palliative](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#palliative).
- Netherlands Comprehensive Cancer Organisation. (2021). *National guideline Palliative care in patients with COPD, version 2.0*. <https://shop.iknl.nl/guideline-summary-palliative-care-for-patients-wit.html>
- Nilmanat, K. (2019). A Way forward for palliative care nursing. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *23*(2), 101-5. (in Thai).
- Niu YN, Li R, Zhao P, He P, Li YL, Wang Y. (2022). Quantitative and Qualitative Research on Management Strategies for Dyspnoea in Elderly Patients with Coronary Heart Disease Complicated with Chronic Heart Failure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *15*. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S378379>

- Niyomthai, N., Chintapanyakun, T., Wongsri, P., Hiransai, P., Pomrod, T. (2022). The Needs of Family Members of Intensive Care Unit Patients: Needs Assessment Research. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 283-297.
- Okumura, T., Sawamura, A., & Murohara, T. (2018). Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. *The Korean Association of Internal Medicine*, 33, 1039-1049. <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.106>
- Okviasanti, F., Yusuf, A., Kurniawati, N. D., Anggraini, D. A., & Anif, A. S. (2021). Experience of heart failure patients' in meeting spiritual needs during hospitalization: a Muslim perspective. *Bali Medical Journal*, 10(3), 1186–1191. <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i3.2880>
- Parshall, M. B., Welsh, J. D., Brockopp, D. Y., Heiser, R. M., Schooler, M. P., & Cassidy, K. B. (2001). Reliability and validity of dyspnea sensory quality descriptors in heart failure patients treated in an emergency department. *Heart & lung : the journal of critical care*, 30(1), 57–65. <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.112499>
- Pavlovic, N. V., Gilotra, N. A., Lee, C. S., Mammos, D. (2022). Fatigue in Persons With Heart Failure: A Systematic Literature Review and Meta-Synthesis Using the Biopsychosocial Model of Health. *Journal of Cardiac Failure*, 28(2), 283 – 315.
- Pfister, D., Markett, S., Müller, M., Müller, S., Grützner, F., Rolke, R., Kern, M., Schmidt-Wolf, G., & Radbruch, L. (2013). German nursing home professionals' knowledge and specific self-efficacy related to palliative care. *Journal of palliative medicine*, 16(7), 794–798. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0586>
- Phillips, C., Welcer, B. (2017). Songs for the soul: a program to address a nurse's grief. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 21, 145–146. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.145-146>.
- Pimtara P., & Rongmuang D. (2020). Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rates. *Journal of health science*, 14(1), 128-138 (in Thai).
- Pokpalagon, P. (2005). *Knowledge, Attitude, and Caring Behavior for End of Life Patients Among Professional Nurses in Governmental Hospital* [Master's thesis, Mahidol University]. Digital Research Information Center (in Thai).

- Polikandrioti, M., Panoutsopoulos, G., Tsami, A., Gerogianni, G., Saroglou, S., Thomai, E., & Leventzonis, I. (2019). Assessment of quality of life and anxiety in heart failure outpatients. *Archives of Medical Science - Atherosclerotic Diseases*, 4, 38-46. <https://doi.org/10.5114/amsad.2019.84444>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice (11<sup>th</sup> ed.)*. Wolters Kluwer Health.
- Pope, A. (2013). *Palliative Care Knowledge among Bachelors of Science Nursing Students* [Dissertations], Kennesaw State University, Faculty of Nursing. <https://digitalcommons.kennesaw.edu/etd/596>
- Poungkaew, A., Boontein, A., Tongchai, S., Charoenyos, N., & Tanutpokeenun, L. (2020). Factors predicting quality of life among patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 179-197 (in Thai).
- Prachyakoon, N., Somrongthong, R., & Sitthi-Amorn, C. (2017). Healthcare providers' knowledge and perception in the provision of palliative care in patients with non-cancer life-limiting chronic disease in the private hospital in Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 31, 33-40. <https://doi.org/10.14456/jhr.2017.65>
- Promphakul, C., Nilmanat, K., Kongsuwan, W. (2011). Nurses' caring behaviors for dying patients in Southern Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1, 147-158.
- Qian, Y., Wu, Y., Rozman de Moraes, A., Yi, X., Geng, Y., Dibaj, S., Liu, D., Naberhuis, J., & Bruera, E. (2019). Fan Therapy for the Treatment of Dyspnea in Adults: A Systematic Review. *Journal of pain and symptom management*, 58(3), 481-486. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.011>
- Quill, T.E., Lo, B., Brock, D.W. & Meisa, I. A. (2009). Last resort options for palliative sedation. *Annals of Internal Medicine*, 151, 42
- Reyes, E. B., Ha, J. W., Firdaus, I., Ghazi, A. M., Phrommintikul, A., Sim, D., . . . Cowie, M. R. (2016). Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. *International journal of cardiology*, 223(5), 163-167. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.256>



- Ricea, H., Saya, R., & Betihavas, V. (2015). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. *Patient Education and Counseling*, 363-374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017>
- Roach, M. S. (2002). *Caring, The human mode of being: A blueprint for the health professionals*. Canada: CH Press.
- Rodríguez Parrado, I. Y., & Achury Saldaña, D. M. (2022). Digital Health Literacy in Patients With Heart Failure in Times of Pandemic. *Computers, informatics, nursing*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000883>
- Rogers, J. G., Patel, C. B., Mentz, R. J., Granger, B. B., Steinhauser, K. E., Fiuzat, M., Adams, P. A., Speck, A., Johnson, K. S., Krishnamoorthy, A., Yang, H., Anstrom, K. J., Dodson, G. C., Taylor, D. H., Jr, Kirchner, J. L., Mark, D. B., O'Connor, C. M., & Tulskey, J. A. (2017). Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(3), 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.030>
- Romanò, M. (2020). Barriers to Early Utilization of Palliative Care in Heart Failure: A Narrative Review. *Healthcare*, 8(1), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010036>
- Ronaldson, S., Hayes, L., Carey, M., & Aggar, C. (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. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00136.x>
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of advanced nursing*, 23(1), 126-137
- Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., Harada, K., Miyashita, M., Sakuma, Y., Oki, J., Yoshihara, R., & Eguchi, K. (2014). A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(8), 718–728. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyu075>
- Selman, L., Brighton, L., & Harding, R. (2015). Palliative and supportive care needs of heart failure patients in Africa: a review of recent developments. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(1), 20-25.

- Seo, K., Min, Y.H., & Choi, S.H. Z. (2019). Evaluation of the Korean version of the self-assessment of nursing informatics competencies scale. *BMC Nursing*, *18*(68), 12-19. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0392-5>
- Servaty, H. L., Krejci, M. J., & Hayslip, B. (1996). Relationships among death anxiety, communication apprehension with the dying and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians. *Death Study*, *20*, 149-161.
- Sharma, A., Verma, S., Bhatt, D. L., Connelly, K. A., Swiggum, E., Vaduganathan, M., . . . Butler, J. (2022). *Optimizing Foundational Therapies in Patients With HF rEF*. *7*(5), 504-517. <https://doi:10.1016/j.jacbts.2021.10.018>
- Sherman, D. W., Matzo, M. L., Pitorak, E., Ferrell, B. R. & Malloy, P. (2005). Preparation and care at the time of death: content of the ELNEC curriculum and teaching strategies. *Journal for nurses in staff development*, *21*(3), 93-100. <https://doi.org/10.1097/00124645-200505000-00003>.
- Simon, S. T., Ramsenthaler, C., Bausewein, C., Krischke, N., & Geiss, G. (2009). Core attitudes of professionals in palliative care: a qualitative study. *International journal of palliative nursing*, *15*(8), 405-411. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.8.43800>
- Singh, I.N. & Malaviya, A.N. (1994). Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas. *International Journal of STD and AIDS*, *5*, 137-138.
- Singh, G. K., Ferguson, C., Davidson, P. M., & Newton, P. J. (2021). Attitudes and practices towards palliative care in chronic heart failure: a survey of cardiovascular nurses and physicians. *Contemporary Nurse*, *57*(1-2), 113-127. <https://doi.org/10.1080/10376178.2021.1928522>
- Singhal, A., & Cowie, M. R. (2021). Digital Health: Implications for Heart Failure Management. *Cardiac failure review*, *7*, e08. <https://doi.org/10.15420/cfr.2020.28>
- Sittig, D. F., Wright, A., Coiera, E., Magrabi, F., Ratwani, R., Bates, D. W., & Singh, H. (2020). Current challenges in health information technology-related patient safety. *Health informatics journal*, *26*(1), 181-189. <https://doi.org/10.1177/1460458218814893>

- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competency at Work : Models for Superior Performance*. John Wiley & Sons.
- Sukcharoen, Y., & Klumrat, K. (2015). Factors Related to the Job Performance Competency among Registered Nurses in Sub-district Health Promotion Hospitals, NakhonPathom Province. *Journal of humanities and social sciences*, 2(2), 14-26.
- Suwanratsamee W., Pinyopasakul W., Charoenkitkarn V., Dumaviphath C. (2013). Symptom experiences, symptom management, and functional status in patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 24(1), 2-16 (in Thai).
- Takahiro O., Akinori S., & Toyoaki M. (2018). Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 33(6), 1039–1049. <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.106>
- Taylor, C. J., Ordóñez-Mena, J. M., Roalfe, A. K., Lay-Flurrie, S., Jones, N. R., Marshall, T., & Hobbs, F. D. R. (2019). Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study. *BMJ*, 364. <https://doi.org/10.1136/bmj.l223>
- Terry, J., Davies, A., Williams, C., Tait, S., & Condon, L. (2019). Improving the digital literacy competence of nursing and midwifery students: A qualitative study of the experiences of NICE student champions. *Nurse education in practice*, 34, 192–198. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.016>
- Thepsaw, J., Payakkaraung, S., Sanasuttipun, W., & Srichantaranit, A. (2018). Relationship between knowledge, attitude, barriers to care, and behavior of nurses in pediatric palliative care. *Nursing Science Journal of Thailand*, 36(2), 18-29 (in Thai).
- Tipseankhum N. Palliative care in nursing education. (2020). *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 98-115. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/241484/165468>. (in Thai)
- Valiee, S., Negarandeh, R., & Nayeri, N. D. (2012). Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care. *BACN Nursing in critical care*. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00523.x>
- Van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of medical Internet research*, 19(1), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>

- Van, S., Rahman, T. M., ORamasundarahettige, C., QKabali, C. M., & Haynes, R. S. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, *19*, 1427–1443.
- Villalobos, J., Bull, S., & Portz, J. (2022). Usability and Acceptability of a Palliative Care Mobile Intervention for Older Adults With Heart Failure and Caregivers: Observational Study. *JMIR Aging* 2022, *5*(4), e35592 <https://doi.org/10.2196/35592>
- Wardhani, D., Hesti, S., & Dwityas, N. (2019). Digital Literacy: A Survey Level Digital Literacy Competence among University Students in Jakarta. *International Journal of English Literature and Social Sciences*, *4*, 1131-1138. <https://doi.org/10.22161/ijels.4434>
- Watson, M., Ward, S., Vallath, N., Wells, J., & Campbell, R. (2019). *Oxford handbook of palliative care*. New York: Oxford University Press.
- Watson, M.J. (1996). *Watson's theory of transpersonal caring*. In P. H. Walker & B. Newman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models*. New York: NLN Press.
- Whellen, D. J., Goodlin, S. J., Dickinson, M. G., Heidenreich, P. A., Connie, J., Stough, W. G., & Rich, M. W. (2014). Consensus Statement End-of-Life Care in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, *20*(2), 121-134.
- Williams, W. S., Hanson, L. C., Boyd, C., Green, M., Goldmon, M., Wright, G., & Corbie-Smith, G. (2008). Communication, decision making, and cancer: What African Americans want physicians to know. *Journal of Palliative Medicine*, *11*(9), 1221-1226.
- Wongrattana, C. (2017). *Statistic technique for educational research*. Chulalongkorn University books Centre (in Thai).
- World Health Organization. (2005). *Definition of palliative care*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization. (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, *28*(2), 130-134.
- World Health Organization. *The top 10 causes of death* (2021, December 9). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2018). *Palliative Care*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

- Xanthopoulos, A., Butler, J., Parissis, J., Polyzogopoulou, E., Skoularigis, J., & Triposkiadis, F. (2020). Acutely decompensated versus acute heart failure: two different entities. *Heart Failure Reviews*, 25. <https://doi.org/10.1007/s10741-019-09894-y>
- Yang, J., Kim, H. J., Heo, S., An, M., Park, S., Ounpraseuth, S., ... Kim, J. (2023). Factors associated with attitudes toward advance directives in nurses and comparisons of the levels between emergency nurses and palliative care nurses. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 20(1), e12508. <https://doi.org/10.1111/jjns.12508>
- Yang, M., Han, B. B., Wang, Y. F. (2020). Analysis of dynamic variation of the platelet count in 318 patients with advanced solid cancer before death. *Chinese Medical Journal*, 55(1), 36–9.
- Yoon, J., Lee, M., Ahn, J. S., Oh, D., Shin, S. Y., Chang, Y. J., & Cho, J. (2022). Development and Validation of Digital Health Technology Literacy Assessment Questionnaire. *Journal of medical systems*, 46(2), 13. <https://doi.org/10.1007/s10916-022-01800-8>
- Yoon, S., Yen, P. Y., & Bakken, S. (2009). Psychometric properties of the self-assessment of nursing informatics competencies scale. *Studies in health technology and informatics*, 146, 546–550.
- Ziehm, J., Farin, E., Schafer, J., Woitha, K., Becker, G., & Koberich, S. (2016). Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. *BMC health services research*, 16, 361-367. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1609-x>



## ภาคผนวก ก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม (กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ)

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 168 ข้อ ดังนี้  
ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ  
ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 35 ข้อ  
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 52 ข้อ  
ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 25 ข้อ  
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง จำนวน 18 ข้อ  
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้อง สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์การพยาบาลต่อไป



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย  $\sqrt{\quad}$  ลงใน  ที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด ให้ตรงตามข้อมูลที่เป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

1. โสด

2. สมรส

3. หย่า

4. หม้าย

5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

1. ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี

2. ปริญญาโทการพยาบาล

3. ปริญญาโท สาขาอื่น ๆ (ระบุ).....

4. ปริญญาเอก สาขา (ระบุ).....

5. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ศาสนา

1. พุทธ

2. คริสต์

3. อิสลาม

4. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน

1. หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ

2. หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ

3. หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ

4. หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ

5. หอผู้ป่วยวิกฤติ (ระบุ) .....

7. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพของท่าน

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

2. พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

3. พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ

4. พยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญ

5. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขา (ระบุ).....

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

8. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล จำนวน..... ปี ..... เดือน

9. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน จำนวน..... ปี ..... เดือน
10. ท่านเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือไม่
1. ไม่เคย
2. เคย จำนวน..... ปี
11. ท่านเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification) หรือไม่
1. ไม่เคย
2. เคย จำนวน..... ราย (โดยประมาณ)
12. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. การจัดการอาการและความปวด  2. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
3. การส่งเสริมการตายอย่างสงบ  4. การสื่อสาร
5. การดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง
6. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
7. อื่น ๆ (ระบุ).....
8. ไม่เคย
13. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงาน หรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือไม่ ถ้ามี ให้ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม
1. ไม่มี  2. มี ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม.....  3. มี ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล  
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด และกรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของท่าน โดยการเลือกคำตอบให้เลือกตามเกณฑ์ คำถามจำนวน 35 ข้อ โดยแบ่งคำถามออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้

การประเมินการดำเนินโรค	จำนวน 3 ข้อ
การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สบาย	จำนวน 7 ข้อ
ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 5 ข้อ
ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว	จำนวน 5 ข้อ
การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	จำนวน 4 ข้อ
การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	จำนวน 4 ข้อ
การดูแลทางจิตวิญญาณ	จำนวน 4 ข้อ
การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต	จำนวน 3 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>การประเมินการดำเนินโรค</b>				
1. ฉันทใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อการประเมินการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว				
.				
<b>การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย</b>				
4. ฉันทประเมินและจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)				
.				
<b>ความเข้าใจในการวางแผนล่วงหน้า</b>				
11. ฉันทจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในการพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบ และมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน				
.				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว</b>				
16. ฉันให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงอธิบายหลักในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน				
.				
<b>การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</b>				
21. เมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ร่วมกับมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (LVEF ≤ 30%) ฉันเสนอให้ทีมที่ดูแลส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง				
.				
<b>การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</b>				
25. ฉันสนับสนุนให้ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว				
.				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>การดูแลทางจิตวิญญาณ</b>				
29. ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)				
.				
<b>การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต</b>				
33. หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต ฉันจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวบอกความต้องการ เช่น การรับศพ การแจ้งการตาย หรือทำพิธีกรรมทางศาสนาในระยะท้ายของชีวิต เป็นต้น				
.				

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ พร้อมทั้งทำเครื่องหมายกากบาท (X) ในข้อที่ตรงกับความรู้ของท่านมากที่สุด

มีจำนวนทั้งสิ้น 52 ข้อ แบ่งได้ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ
  - 2) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5 ข้อ
  - 3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 8 ข้อ
  - 4) อาการและการจัดการอาการ จำนวน 13 ข้อ
  - 5) จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ จำนวน 8 ข้อ
  - 6) การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย จำนวน 12 ข้อ
- ลักษณะคำตอบในแต่ละด้านจะประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่
- 1) แบบให้เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 26 ข้อ
    - ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นถูก
    - ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นผิด
    - ไม่ทราบ หมายถึง ท่านคิดว่าท่านไม่รู้/ไม่ทราบข้อความในข้อนั้น
  - 2) แบบคำตอบหลายตัวเลือกจำนวน 26 ข้อ

#### ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

1. การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานครอบคลุมทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบเป็นองค์รวม

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

2. การดูแลแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

3. การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อการรักษาแบบเคร่งครัด ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการหายจากโรค (Curative treatment) ไม่ได้ผล

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ



#### 4. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับความหมายในการดูแลแบบประคับประคอง

- 1) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และดูแลต่อเนื่องถึงภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- 2) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมุ่งเน้นรักษาตัวโรคเป็นหลัก จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
- 3) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลในระยะเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตและดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
- 4) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ จนกระทั่งผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

#### การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

7. ผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS ร้อยละ 40-60 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน คือ จากที่เคยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีจะทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง

- 1) ถูก
- 2) ผิด
- 3) ไม่ทราบ

8. การทำแผนผังครอบครัว (Genogram) มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพราะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจภูมิหลัง ความสัมพันธ์และแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว

- 1) ถูก
- 2) ผิด
- 3) ไม่ทราบ

#### 9. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ PPS (Palliative Performance Scale)

- 1) PPS เป็นการประเมินความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน และ 4) ระดับความรู้สึกตัว
- 2) PPS เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน และ 4) ระดับความรู้สึกตัว

- 3) PPS เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร และ 5) ระดับความรู้สึกตัว
- 4) PPS เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร 5) ระดับความรู้สึกตัว และ 6) แรงสนับสนุนทางสังคม

#### การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

12. การบอกความจริงหรือการบอกข่าวร้ายเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค ความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นหน้าที่ของแพทย์เท่านั้น
- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ
13. การประชุมครอบครัว (Family meeting) ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจภาวะการเจ็บป่วย ร่วมวางแผนการรักษาร่วมกันและช่วยลดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว
- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ
14. หนังสือแสดงเจตนา (Living will) เป็นเอกสารที่บุคคลเขียนไว้ล่วงหน้าให้คนอื่นทราบว่าตนเองประสงค์/ไม่ประสงค์จะรับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือเป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

#### อาการและการจัดการอาการ

20. ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-3 คะแนน ควรได้รับการจัดการอาการด้วยยา Non-opioids เช่น Aspirin หรือ Paracetamol เป็นต้น NSAIDs เช่น Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen เป็นต้น ร่วมกับจัดการแบบไม่ใช้ยา เช่น การกำหนดลมหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น
- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

21. ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 4-6 คะแนน ควรได้รับการจัดการอาการด้วยยา Weak-opioids เช่น Codeine, Tramadol เป็นต้น โดยอาจใช้ร่วมกับ Non-opioids เช่น Aspirin, Paracetamol เป็นต้น หรือ Adjuvants เช่น ยากลุ่มต้านโรคซึมเศร้า (antidepressant) ยากันชัก (anticonvulsant) ยากลุ่มสเตียรอยด์ (Steroids) เป็นต้น

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

#### จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ

33. จิตวิญญาณ คือ สิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยว มีคุณค่าสูงสุด มีความหมายต่อบุคคลอาจเกี่ยวข้องกับปรัชญา เป้าหมายของชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม จริยธรรม ศาสนา และเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

34. ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ (Spiritual Distress) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ มักทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดกำลังใจ

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

35. ยาเคมีบำบัดบางชนิด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

#### การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย

40. ควรให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่นับถือศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) ได้พบกับบาทหลวงในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อทำศีลเจิม ศีลทาสุดท้ายและอภัยบาปแก่ผู้ป่วย เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการไปพบพระเจ้า

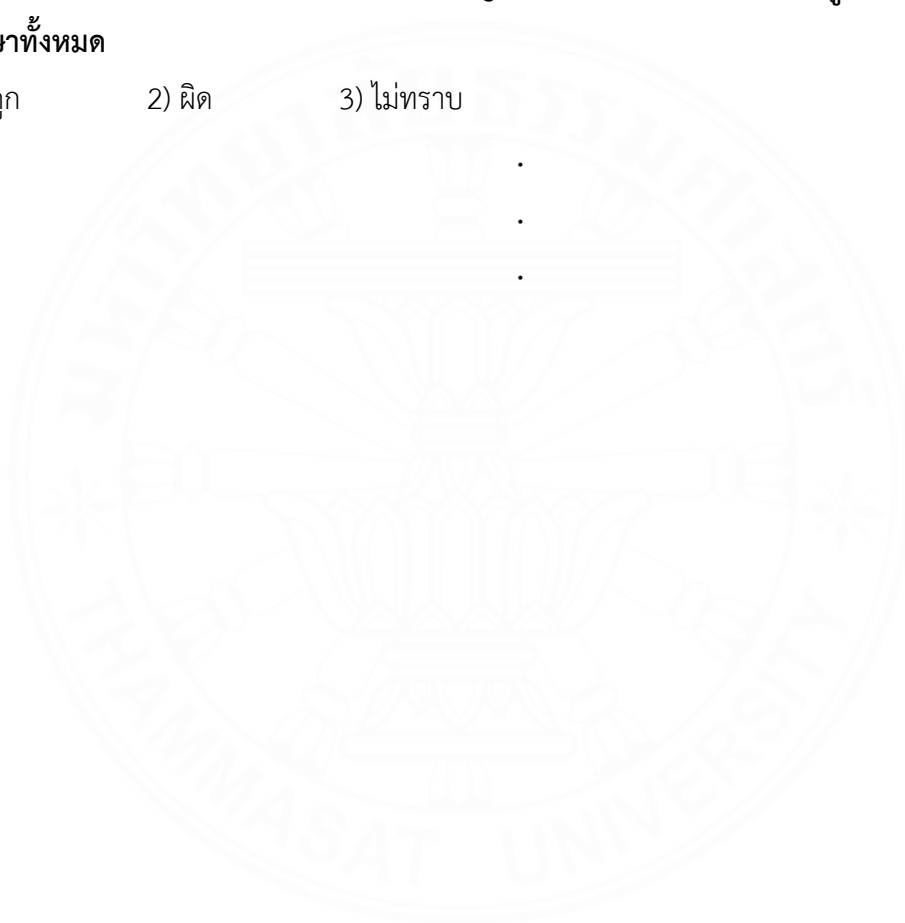
- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

41. หลังผู้ป่วยเสียชีวิต หากมีญาติที่เสียขวัญ ตกใจ ไม่สามารถคุมสติได้ ต้องจัดสิ่งแวดลอมให้สงบ โดยมีผู้ดูแลคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจอยู่ใกล้ๆ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ

42. หากสามีหรือภรรยาเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ภรรยาหรือสามีจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาทั้งหมด

- 1) ถูก                      2) ผิด                      3) ไม่ทราบ



#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้แสดงถึงความรู้สึกความเชื่อ หรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ควรดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ					
2. ฉันคิดว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่า					
3. ฉันคิดว่าการดูแลแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการดูแลที่ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น					
4. ฉันคิดว่าการดูแลแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการดูแลที่ใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น					
.					
.					
.					
25. ฉันรู้สึกสุขใจเมื่อผู้ป่วยที่ฉันดูแลได้ตายอย่างสงบ					

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าข้อใดบ้างที่เป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับระดับของอุปสรรค ตามการรับรู้ของท่าน คำถามจำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านระบบการดูแล จำนวน 9 ข้อ

โดยการเลือกคำตอบให้เลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เป็นอุปสรรค	หมายถึง	รับรู้ว่ามันไม่เป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
เป็นอุปสรรคน้อย	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงเล็กน้อย
เป็นอุปสรรคปานกลาง	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง
เป็นอุปสรรคมาก	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมาก
เป็นอุปสรรคมากที่สุด	หมายถึง	รับรู้ว่ามันเป็นอุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เป็นอุปสรรค	เป็นอุปสรรคเล็กน้อย	เป็นอุปสรรคปานกลาง	เป็นอุปสรรคมาก	เป็นอุปสรรคมากที่สุด
<b>ด้านผู้ป่วยและครอบครัว</b>					
1. ผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ความรุนแรงและการพยากรณ์การ ดำเนินโรคเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างเพียงพอว่าอาจมีชีวิตอยู่ในเวลาที่ จำกัด					
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าการดูแลแบบ ประคับประคองเป็นการเร่งให้เกิดความ ตายเร็วขึ้น					

ข้อความ	ไม่เป็น อุปสรรค	เป็น อุปสรรค เล็กน้อย	เป็น อุปสรรค ปานกลาง	เป็น อุปสรรค มาก	เป็น อุปสรรค มากที่สุด
3. ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับความจริง เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ว่าอาจมีชีวิต อยู่ในเวลาที่จำกัด					
.					
.					
.					
<b>ด้านระบบการดูแล</b>					
10. การขาดแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว					
11. องค์กรหรือหน่วยงานไม่ได้ส่งเสริม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล หรือการจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวระยะท้าย					
12. เป็นเรื่องยากหากต้องพูดเพื่อ เปลี่ยนแปลงเป้าหมายการดูแลและ แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อผู้ป่วย เข้าเกณฑ์ที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง					
.					
.					
.					



## ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับระดับสมรรถนะสารสนเทศทางการแพทย์ตามการรับรู้ของท่าน คำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism) 2) ด้านการมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy) 3) ด้านคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality) 4) ด้านการใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care) และ 5) ด้านเทคโนโลยี (Technology)

โดยการเลือกคำตอบให้เลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านแสดงพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านแสดงพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านแสดงพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านแสดงพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านแสดงพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism)</b>					
1. ฉันสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเรียนรู้ด้วยตนเอง					
2. ฉันใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ชุดอุปกรณ์ติดตามสุขภาพทางไกล (Tele-Monitoring)					
.					
.					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy)</b>					
6. ฉันสอนผู้ป่วยให้เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลประกอบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย					
7. ฉันเป็นผู้นำในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงานของฉัน					
.					
.					
.					
<b>คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality)</b>					
11. ฉันรวบรวมและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเป็นระบบ					
12. ฉันใช้ระบบฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในการสืบค้นข้อมูลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ					
.					
.					
.					
<b>การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care)</b>					
16. ฉันวิเคราะห์วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกจากหลายแหล่งข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาใช้					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
17. ฉันใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและประเมินคุณภาพของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาใช้					
.					
.					
.					
<b>เทคโนโลยี (Technology)</b>					
21. ฉันเลือกใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในแต่ละสถานการณ์ทางคลินิก					
.					
.					
.					
25. เมื่อเกิดปัญหาในการใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลของโรงพยาบาล ฉันสามารถให้คำแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้					

## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม รองศาสตราจารย์  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพนาส ชินวงศ์ รองศาสตราจารย์  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจ  
และหลอดเลือด
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเรื่อนขวัญ กัณห์สิงห์ อาจารย์แพทย์  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง
4. พว.วินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
และผู้จัดการรายกรณี  
การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ  
ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย  
ภาวะหัวใจล้มเหลว
5. พว.กัณทิมา ชูฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ  
ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง

ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ. ๑๕๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ด้วย นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บวรลักษณ์ ทองหวี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เววารัตน์ มีชภูมิ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองหวี

นักศึกษา: นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ

- สำเนาเรียน -

เบอร์ดัดต่อ:

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์

E-mail:



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. ๐๒-๕๖๔-๔๔๔๐ ต่อ ๗๓๒๐  
 ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ. ๑๑๙๒ วันที่ ๗๑ ธันวาคม ๒๕๖๕  
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
 เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ด้วย นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จะดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อ.พญ.เรือนขวัญ กัณหลังห์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ อ.พญ.เรือนขวัญ กัณหลังห์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มueksim)  
 รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี  
 นักศึกษา: นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ  
 เบอร์ติดต่อ:  
 E-mail: |



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. ๐๒-๕๖๔-๔๔๔๐ ต่อ ๗๓๒๐  
 ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ. ๑๖๕๔ วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕  
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ด้วย นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จะดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ พว.กันทิมา ชูฤทธิ์ และพว.วินิต หลงละเลิง ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะ ได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ พว.กันทิมา ชูฤทธิ์ และพว.วินิต หลงละเลิง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)  
 รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี  
 นักศึกษา: นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ  
 เบอร์ติดต่อ:  
 E-mail:



## ภาคผนวก ค

### เอกสารรับรองการวิจัย

1. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
2. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข
3. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี
4. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก
5. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
6. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลอินทร์บุรี
7. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลพระพุทธบาท
8. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
9. หนังสืออนุมัติใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัย
10. ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

## 1. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

ScF 03\_01 (Eng)



The Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science), (HREC-TUSc) Room No 110, Piyachart Building, 1<sup>st</sup> Floor, Thammasat University Rangsit Campus, Prathumthani 12121 Thailand, Tel: 0-2564-4440 ext.7358 E-mail: eesctu3@tu.ac.th

COA No. 019/2566

## Certificate of Approval

**Project No.** : 66NU012  
**Title of Project** : FACTORS RELATED TO PALLIATIVE CARE BEHAVIOURS OF NURSES AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE  
**Principle Investigator** : Ms. Unchisa Rattanakunuprakarn  
**Place of Proposed Study/Institution**: Faculty of Nursing, Thammasat University

The Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science), Thailand, has approved the above study project in accordance with the compliance to the Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines and the International practice (ICH-GCP).

Signature: ..... *Jinda Wangboonskul* .....  
 (Assoc. Prof. Jinda Wangboonskul, Ph.D.)  
 Chairman of the Human Research Ethics  
 Committee of Thammasat University (Science).


Signature: ..... *Laksana Laokiat* .....  
 (Assoc. Prof. Laksana Laokiat, Ph.D.)  
 Secretary of the Human Research Ethics  
 Committee of Thammasat University (Science).

**Date of Approval:** March 29, 2023      **Approval Expire date:** March 28, 2024  
**Progressing Report Due:** February 29, 2024

The approval documents including

- 1) Research proposal Version 2/15 March 2023
- 2) Patient/Participant Information Sheet and Informed Consent Form Version 2/15 March 2023
- 3) Principal Investigator's Curriculum Vitae Version 2/15 March 2023
- 4) Demographic data form Version 2/15 March 2023
- 5) Nurses' Behavior in Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire (NBPC-HF) Version 2/15 March 2023
- 6) Palliative Care Knowledge Questionnaire (PCKQ) Version 2/15 March 2023
- 7) Palliative Care Attitude Questionnaire (PCAQ) Version 2/15 March 2023
- 8) Digital Health Technology Skills Questionnaire (DHTSQ) Version 2/15 March 2023
- 9) Perceived Barriers to Palliative Care for Heart Failure Patients Questionnaire (PBPC-HF) Version 2/15 March 2023

2. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข

	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี	SFBR AF 02-07
	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Full Board)	เริ่มใช้ 1 ธันวาคม 2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่ 18 ถนนเทศบาล 4 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี (18000)  
โทร. 036-343500 ต่อ 1551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม  
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont  
Report, CDMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical  
Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะ  
หัวใจล้มเหลว

เลขที่โครงการวิจัย : SRBR66-008

เลขที่หนังสือรับรอง : EC010/2566

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณประภากร


สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย
2. Inform consent form and information sheet
3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก :  3 เดือน  1 ปี

ลงนาม :   
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วิชโรทน)

ลงนาม :   
(นางสมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 29 มีนาคม 2566

วันหมดอายุ : 29 มีนาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## 3. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เอกสารแนบท้าย ๑



เอกสารรับรองโครงการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

หมายเลข ๐๕/๒๐๒๓

ชื่อโครงการภาษาไทย : โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของ  
พยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

รหัสโครงการ : EC.๐๕/๐๖/๒๐๒๓

หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อ นางสาวอัญชิสา รัตนคุณประการ (ผู้วิจัยหลัก)  
ตำแหน่ง นักศึกษาพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี  
ตำแหน่ง อาจารย์ที่ปรึกษา หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญทริกา ชาตรีวัฒนกุล  
ตำแหน่ง อาจารย์ที่ปรึกษา หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ จำนวน ๗ โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาล  
สิงห์บุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลสระบุรี และ  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

## เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงร่างการวิจัย
๓. แบบสอบถาม
๔. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : ๐๖/๐๖/๒๐๒๓

วันหมดอายุ : ๐๖/๐๖/๒๐๒๔

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้ดำเนินการพิจารณาเห็นควรให้การรับรองโครงการวิจัยใน  
มนุษย์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ลงนาม.....

(นายแพทย์สมเจตน์ พึ่งพงษ์)

ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรี

วันที่ ๖ เดือน มิ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๖

## อนุมัติ

ลงนาม.....

(นายแพทย์สุรัตน์ ส่องวิรุฬห์)


ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วันที่ ๖ เดือน มิ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๖



## 4. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก

รท.นย. REC No 08/2566



กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
105600-00001

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครนายก**  
ที่อยู่ 1/100 ต. นครนายก อ. เมือง จ. นครนายก โทร. 037-314549

---

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครนายก ดำเนินการพิจารณาตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ อนุมัติให้การรับรองดำเนินการวิจัย

**ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) :** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**(ภาษาอังกฤษ) :** Factor Related to Palliative Care Behaviors of Nurse Among Patients with Heart Failure.

**เลขที่โครงการวิจัย :** รท. นย. REC No 08/2566

**ผู้วิจัยหลัก :** นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ



**สังกัดหน่วยงาน :** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**วิธีทบทวน :** แบบเร็ว (Expedited review)

**รายงานความก้าวหน้า :** ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง**

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง
5. แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ
6. แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง

<p>ลงนาม </p> <p>(นายธีระชัย คงเยี่ยมตระกูล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก</p>	<p>ลงนาม </p> <p>(นายพชร คำน้ำมิตร) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก</p>
---	--

**วันที่รับรอง** 15 พฤษภาคม 2566

**วันหมดอายุ** 14 พฤษภาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## 5. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ที่ สป ๐๐๓๓.๒๐๒/๑/๕๙๒๖

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
ถนนพหลโยธิน ลบ ๑๕๐๐๐

๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้บุคลากรดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ.๓๓๕  
ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล  
แบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดวิทยานิพนธ์ นั้น

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชยินดียินยอมอนุญาตให้ นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ  
เก็บข้อมูลการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพดังกล่าว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต  
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน ๓๘ คน ตั้งแต่วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ สิงหาคม  
๒๕๖๖ หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวน โดยผู้ทำวิจัยจะต้องใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

๕๖

(นางนุชรินทร์ อักษรดี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

โทร. ๐ ๓๖๓๘ ๕๔๔๔ ต่อ ๖๗๑๑

## 6. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลอินทร์บุรี



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๓๖๕๘ ๑๙๙๓ - ๗ ต่อ ๒๔๓  
 ที่ สท ๐๐๓๓.๒๓๔/๐๓๕ วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖  
 เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลอินทร์บุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี

ด้วย นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้แจ้งความจำนงขออนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลอินทร์บุรี ซึ่งได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเป็นผลงานประกอบการทำวิทยานิพนธ์และพัฒนางาน ซึ่งโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แล้ว รายละเอียดตามเอกสารประกอบที่แนบมานี้

ในการนี้ คณะกรรมการพัฒนางานวิชาการและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอินทร์บุรี ได้มีการพิจารณา โครงการวิจัยฯ ดังกล่าว เมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖ ผลการพิจารณา มีมติเห็นชอบให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างภายในโรงพยาบาลอินทร์บุรี ตามกำหนดเวลาที่ได้แจ้งไว้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวจิตอาภา โตสวัสดิ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิชาการและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอินทร์บุรี

(นายวิฑูรย์ อนันกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี



## 7. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลพระพุทธบาท

ที่ สป ๐๐๓๓.๒๐๒.๒/๑๐๒๗

โรงพยาบาลพระพุทธบาท  
จังหวัดสระบุรี ๑๘๑๒๐

๒๗ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่องานวิจัย

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ.๓๓๔  
ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง เนื่องด้วย นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ นักศึกษาหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
ดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการวิจัย  
จากพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระพุทธบาท  
จำนวน ๔๐ คน ตั้งแต่วันที่ ๑๘ เมษายน ถึง ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ หรือจนกว่าได้ข้อมูลครบตามจำนวน นั้น

ในการนี้ ทางโรงพยาบาลพระพุทธบาท อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่องานวิจัยกับบุคลากรใน  
โรงพยาบาลได้ตามจำนวนคน ตามช่วงวันและเวลา ดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิโรจน์ วาณิชเจริญพร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

โทรศัพท์. ๐ ๓๖๒๖ ๘๒๑๕-๘ ต่อ ๕๓๔๐

โทรสาร. ๐ ๓๖๒๖ ๖๑๑๒



## 9. หนังสืออนุมัติใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

### 9.1 หนังสืออนุมัติใช้และดัดแปลงแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล



#### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. ๐๒-๕๖๔๔๔๔๐ ต่อ ๗๓๒๐

ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ. ๖๑๗

วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ (ผ่านรองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา)

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ อว.๖๗.๓๔/ศ.พิเศษ ลงวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นางสาวดาริกา พรรณแสง นั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว ทั้งนี้ โปรดติดต่อโดยตรงกับ นางสาวดาริกา พรรณแสง E-mail: na.1634@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

## 9.2 หนังสืออนุมัติใช้และดัดแปลงแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

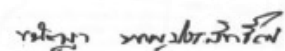
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565

เรียน นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ

ตามที่ น.ส. อัญชิสา รัตนคุณุประการ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รหัสนักศึกษา 6414032067 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีตัวแปรที่ศึกษาคือ ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองของอนุญาตดัดแปลงเครื่องมือแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมานั้น ดิฉันยินยอมอนุญาตให้น.ส. อัญชิสา รัตนคุณุประการ นำเครื่องมือนี้ไปใช้หรือดัดแปลงได้ พร้อมนี้ได้ส่งสำเนาเครื่องมือมาให้ด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ



(ผศ.ดร.จันตนา ทาญประสิทธิ์คำ)

### 9.3 หนังสืออนุมัติใช้และดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Asking for permission to use questionnaire ทดลองจดหมาย x

**Unchisa Rattanakunuprakarn** จ. 25 ก.ค. 2022 15:36 ☆  
 Dear Dr. Stefan Koberich, My name is Unchisa Rattanakunuprakarn. I am studying in the master of nursing science program in adult and older adult nursing at Tha

**Dr. Stefan Köberich** <stefan.koerberich@uniklinik-freiburg.de> จ. 25 ก.ค. 2022 15:40 ☆ ↶ ⋮  
 ถึง ฉัน ▾

ตรวจหาภาษา > ไทย < แปลข้อความ เปิดสำหรับ: อังกฤษ x

Dear Unchisa,

Certainly, you can use the questionnaire.  
 What file would you like to be attached?

Kind regards,

Dr. Stefan Köberich

-----  
 MEDICAL CENTER – UNIVERSITY OF FREIBURG  
 Nursing Directions

Dr. rer. cur. Stefan Köberich  
 Stabstelle Pflegefachliches Controlling

Breisacher Str. 55 · 79110 Freiburg  
 Telefon: +49 761 270-37650

10. ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี



**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์**

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

**อัญชิสา รัตนคุณุประการ**

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)

**“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”**

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 04 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 04 มกราคม 2568

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวยพจน์ จันทร์วิเม็ลือง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบัติ มุ่งทวีพงษา)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม



## ภาคผนวก ง

## เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

## เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**ชื่อโครงการวิจัย** [FACTORS RELATED TO PALLIATIVE CARE BEHAVIORS OF NURSES AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE]

**ผู้วิจัย** นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ

**สถานที่ติดต่อ** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

**เบอร์โทรศัพท์มือถือ** XXX-XXXXXXX **E-mail Address:** .....

**อาจารย์ที่ปรึกษา 1.** นางบวรลักษณ์ ทองทวี

**สถานที่ติดต่อ** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

**เบอร์โทรศัพท์** 02-986-9213 **เบอร์โทรศัพท์มือถือ** XXX-XXXXXXX

**E-mail Address:** .....

**อาจารย์ที่ปรึกษา 2.** นางบุญทริกา ชาตรีวัฒนกุล

**สถานที่ติดต่อ** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

**เบอร์โทรศัพท์** 02-986-9213 **เบอร์โทรศัพท์มือถือ** XXX-XXXXXXX

**E-mail Address:** .....

**แหล่งทุนวิจัย** ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาวิจัย คือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุ



รกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยวิกฤติมาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก อย่างน้อย 3 ราย โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 365 คน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งจะช่วยให้คุณเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการและท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ วิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูกรอบที่ 1)

#### กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

- ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ เช่น การบอกปฏิเสธก่อนหรือในระหว่างการทำแบบสอบถาม การไม่ส่งแบบสอบถามคืน เป็นต้น
- ท่านสามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้

#### กรอบที่ 2 ทางเลือกสำหรับแนวทางการรักษาในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

- ไม่เกี่ยวข้อง

### ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หรือรับเลือดกลับสู่หัวใจได้ตามปกติ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคอ้วน ผู้ที่มีการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยการรักษาสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีการรักษาโดยใช้ยาหรือการรักษาพิเศษร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้อาการกำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาไม่สามารถชะลอความเสื่อมการทำงานของหัวใจและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้าสู่ระยะสุดท้าย จึงมีการนำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจาก พยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในการรักษาตั้งแต่แรกวินิจฉัยตลอดจนกระทั่งช่วงเวลาที่เสียชีวิต ดังนั้น หากพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ สุขภาพ และจะส่งผลถึงคุณภาพการตายที่ดีเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ ทักษะคติของพยาบาล จะก่อให้เกิดทักษะและส่งผลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบัน ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เป็นสิ่งที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยในการแปลความหมายสิ่งเร้า จึงอาจส่งผลให้แนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมลดลงได้ ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองและทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ กับพฤติกรรมพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

### กรอบที่ 3 วิธีทำการวิจัย/วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว จำนวน 365 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด จำนวน 168 ข้อ

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยให้คืนที่ผู้ประสานงานวิจัย และผู้วิจัยจะดำเนินการรับแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดูกรอบที่ 4)

### กรอบที่ 4 ขั้นตอนการทำวิจัยในผู้เข้าร่วมการวิจัย

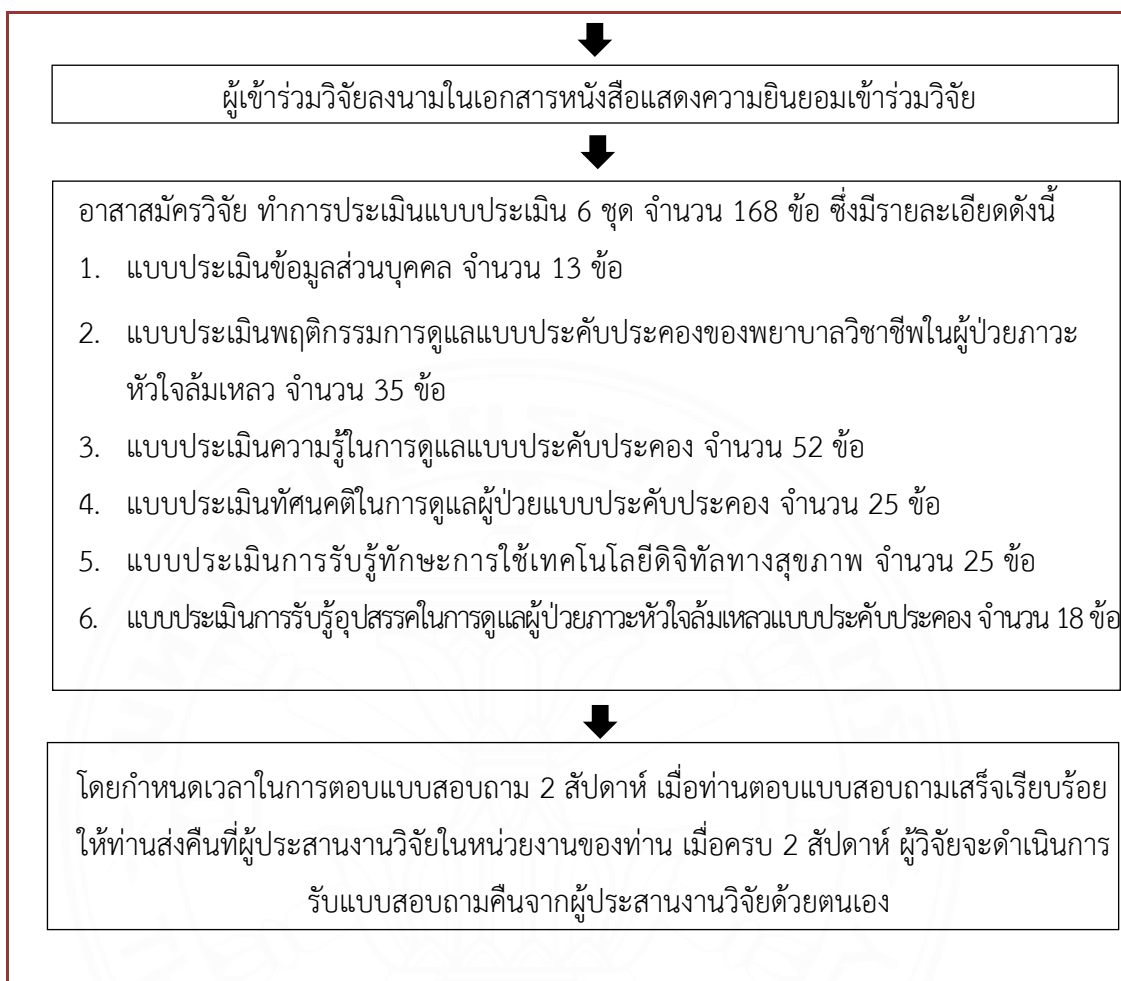
ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม การรวบรวมแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ประสานงานวิจัยของโรงพยาบาล



ผู้ประสานงานวิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด เอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย และเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย แจกให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแต่ละหอผู้ป่วย



ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย



โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยได้สรุปผลข้างเคียง/ความเสี่ยง และการป้องกัน/การรักษา จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน กรอบที่ 5

กรอบที่ 5 ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกัน/รักษา	
ผลข้างเคียง/ความเสี่ยง	การป้องกัน/การรักษา
การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก ความเสี่ยงที่อาจพบได้ เช่น อาจทำให้เสียเวลา หรือรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถาม	ผู้วิจัยจะชดเชยการเสียเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นเงิน จำนวน 100 บาท ในการเสียสละเวลาเข้าร่วมวิจัย อีกทั้งกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ เพื่อให้อาสาสมัครวิจัยมีเวลาในการตอบแบบสอบถามโดยไม่รู้สึเหนื่อยล้าจนเกินไป แต่ถ้าหากไม่สะดวกใจ หรือรู้สึกว่าถูกรบกวน สามารถแจ้งออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ กับท่าน

ผู้วิจัยได้สรุปประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน **กรอบที่ 6**

กรอบที่ 6 ประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
ประโยชน์ทางตรง	ประโยชน์ทางอ้อม
ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อทำให้เกิดการดูแลเป็นมาตรฐานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป</li> </ol>

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ใน **กรอบที่ 7**

กรอบที่ 7 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย	
สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการวิจัย	ข้อมูลของท่านจะไม่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของท่านด้วยเครื่องทำลายเอกสาร
เมื่อมีข้อมูลใหม่ที่สำคัญที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว โดยท่านสามารถตัดสินใจได้ ท่านจะร่วมอยู่ในโครงการวิจัยนี้ต่อหรือไม่

หลังจากจบโครงการ ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลของการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม ในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะสามารถเข้าถึงข้อมูลของท่านได้ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บเอกสารแบบสอบถามของท่านในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อคเฉพาะของผู้วิจัย และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูลที่มีการตั้งรหัสผ่านโดยผู้วิจัย ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ภายหลังจากโครงการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ส่วนข้อมูลจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะลบไฟล์ออกจากระบบฐานข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่สามารถกู้คืนได้อีก

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยดัง**กรอบที่ 8**

#### กรอบที่ 8 ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าเดินทาง แต่ท่านจะได้รับค่าเสียเวลา เพื่อตอบแบบสอบถาม รวมเป็นเงิน 100 บาท จากผู้ประสานงานวิจัยในโรงพยาบาลของท่าน ทั้งนี้หลังจากท่านส่งแบบสอบถามคืนให้กับผู้ประสานงาน

หากท่านมีข้อสงสัยทั้งก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลใน**กรอบที่ 9**

กรอบที่ 9 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1.นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ

โทรศัพท์มือถือ XXX-XXXXXXX อีเมล .....

2.นางบวรลักษณ์ ทองทวี

โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน XXX-XXXXXXX อีเมล .....

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ecsctu3@tu.ac.th

ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

## Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว (FACTORS RELATED TO PALLIATIVE CARE BEHAVIORS OF NURSES AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัญชิสรา รัตนคุณุประการ

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน

ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

โทรศัพท์ XXX-XXXXXXX

อาจารย์ที่ปรึกษา นางบรรลักษ์ ทองทวี

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน

ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

โทรศัพท์ XXX-XXXXXXX

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย การรักษาความลับ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย เมื่อข้าพเจ้าตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้วส่งคืนที่ผู้ประสานงานวิจัย และผู้วิจัยจะดำเนินการรับแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง โดยข้าพเจ้า**มีสิทธิถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้



ได้ตามความประสงค์ ในกรณีที่ผู้วิจัยขอทราบเหตุผล ข้าพเจ้ายังคงสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยก็ได้ ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า โดยจะเก็บข้อมูลแบบสอบถามไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อกเฉพาะของผู้วิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารภายหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ECScTU3@ tu.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ (หรือลายนิ้วมือ) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ)..... (.....)
ผู้วิจัย	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

**ภาคผนวก จ**  
**ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

**1. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา**

**ตารางที่ จ.1** แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																					
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
<b>การประเมินการดำเนินโรค</b>																						
1.				✓				✓					✓				✓				✓	
2.				✓				✓					✓					✓				✓
3.				✓					✓				✓				✓				✓	
<b>การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย</b>																						
4.				✓				✓				✓				✓				✓		
5.				✓				✓				✓				✓				✓		
6.			✓				✓				✓				✓				✓			
7.				✓				✓				✓				✓				✓		
8.				✓				✓				✓				✓				✓		
9.				✓				✓				✓				✓				✓		
10.				✓				✓				✓				✓				✓		
<b>ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>																						
11.				✓				✓				✓				✓				✓		
12.			✓				✓				✓				✓				✓			
13.				✓				✓				✓				✓				✓		
14.				✓				✓				✓				✓				✓		
15.				✓				✓				✓				✓				✓		
<b>ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว</b>																						
16.				✓				✓				✓				✓				✓		
17.				✓				✓				✓				✓				✓		
18.				✓				✓				✓				✓				✓		
19.				✓				✓				✓				✓				✓		

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
20.				✓				✓				✓				✓				✓
การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ																				
21.				✓				✓				✓				✓				✓
22.				✓				✓				✓				✓				✓
23.				✓				✓				✓				✓				✓
24.				✓				✓				✓				✓				✓
การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว																				
25.				✓				✓				✓				✓				✓
26.				✓				✓				✓				✓				✓
27.				✓				✓				✓				✓				✓
28.				✓				✓				✓				✓				✓
การดูแลทางจิตวิญญาณ																				
29.				✓				✓				✓				✓				✓
30.				✓				✓				✓				✓				✓
31.				✓				✓				✓				✓		✓		
32.				✓				✓				✓				✓				✓
การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต																				
33.				✓				✓				✓				✓				✓
34.				✓				✓				✓				✓				✓
35.				✓				✓				✓				✓			✓	

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ จากคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{32}{35}$$

$$CVI = .91$$

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91

ตารางที่ จ.2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล</b>																				
1.		✓		✓				✓				✓				✓				✓
2.				✓				✓				✓				✓			✓	
3.				✓				✓			✓				✓					✓
4.			✓				✓				✓				✓					✓
5.			✓					✓			✓				✓					✓
6.				✓				✓			✓				✓					✓
<b>การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</b>																				
7.				✓				✓				✓				✓			✓	
8.				✓				✓				✓				✓				✓
9.				✓				✓				✓				✓				✓
10.				✓				✓				✓				✓				✓
11.				✓				✓				✓				✓				✓
<b>การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</b>																				
12.				✓				✓				✓				✓				✓
13.				✓				✓				✓				✓				✓
14.			✓					✓				✓				✓				✓
15.				✓				✓				✓				✓				✓
16.				✓				✓			✓				✓					✓
17.				✓				✓			✓				✓					✓
18.				✓				✓			✓				✓					✓
19.				✓			✓				✓			✓			✓			✓
<b>อาการและการจัดการอาการ</b>																				
20.			✓					✓				✓				✓				✓
21.				✓				✓			✓				✓					✓
22.				✓			✓				✓			✓						✓
23.				✓				✓			✓				✓					✓
24.				✓				✓			✓				✓					✓
25.				✓				✓			✓				✓					✓
26.				✓				✓			✓				✓					✓

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
27.			✓				✓				✓				✓				✓	
28.			✓				✓				✓				✓				✓	
29.			✓				✓				✓				✓				✓	
30.			✓				✓				✓				✓			✓		
31.			✓		✓						✓				✓				✓	
32.			✓				✓				✓				✓				✓	
<b>จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ</b>																				
33.			✓				✓				✓				✓				✓	
34.			✓				✓				✓				✓				✓	
35.			✓				✓			✓					✓				✓	
36.			✓				✓				✓			✓					✓	
37.			✓				✓				✓				✓			✓		
38.			✓				✓				✓				✓			✓		
39.			✓				✓				✓				✓				✓	
40.			✓				✓				✓				✓				✓	
<b>การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย</b>																				
41.			✓				✓				✓				✓				✓	
42.			✓				✓				✓				✓				✓	
43.			✓				✓				✓				✓				✓	
44.			✓				✓				✓				✓				✓	
45.			✓				✓				✓				✓				✓	
46.			✓				✓				✓				✓				✓	
47.			✓				✓				✓			✓					✓	
48.			✓		✓						✓				✓				✓	
49.			✓				✓				✓				✓				✓	
50.			✓				✓				✓				✓				✓	
51.			✓				✓				✓				✓				✓	
52.			✓				✓				✓				✓				✓	

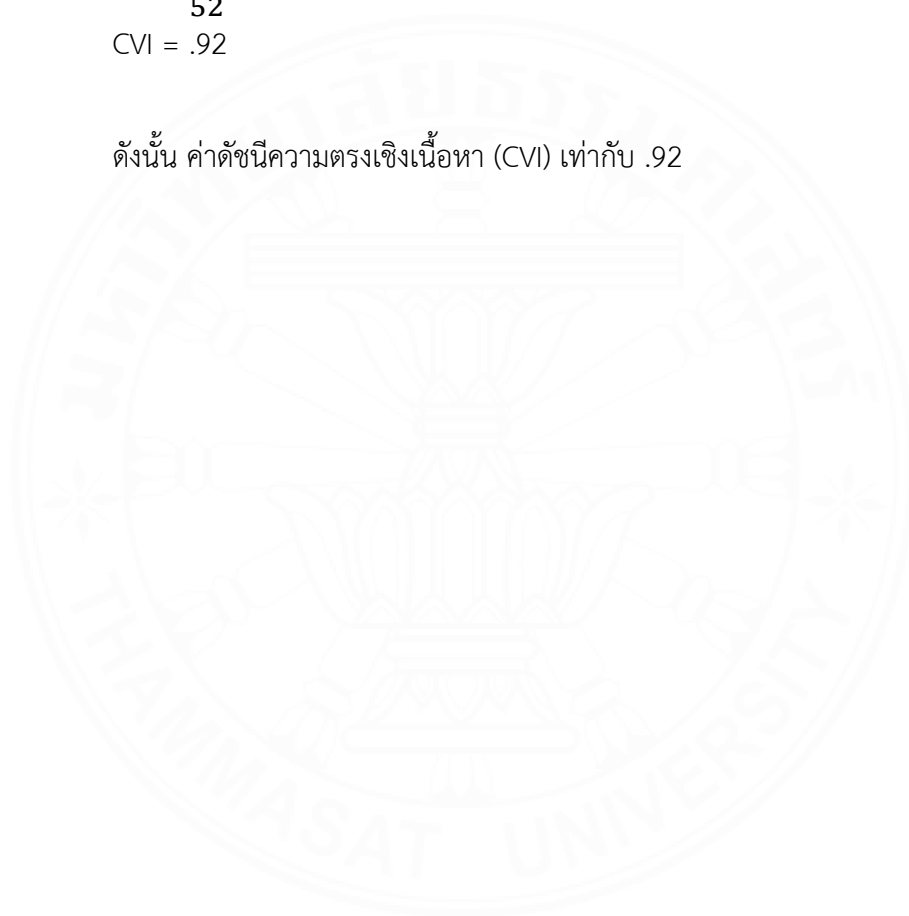
จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ  
ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 48 ข้อ จากคำถามทั้งหมด 52  
ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นราฎร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{48}{52}$$

$$CVI = .92$$

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92



ตารางที่ จ.3 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.		✓						✓				✓				✓				✓
2.				✓				✓				✓				✓				✓
3.				✓				✓				✓				✓				✓
4.				✓				✓				✓				✓				✓
5.				✓				✓			✓				✓					✓
6.				✓				✓				✓				✓				✓
7.				✓				✓				✓				✓				✓
8.				✓				✓				✓				✓				✓
9.			✓				✓					✓				✓				✓
10.				✓				✓				✓				✓				✓
11.			✓					✓				✓				✓			✓	
12.				✓				✓				✓				✓				✓
13.			✓					✓				✓				✓				✓
14.				✓				✓				✓				✓				✓
15.				✓				✓			✓				✓					✓
16.				✓				✓				✓				✓				✓
17.				✓				✓				✓				✓				✓
18.							✓					✓				✓				✓
19.				✓				✓				✓				✓				✓
20.		✓						✓				✓				✓				✓
21.				✓				✓				✓				✓				✓
22.			✓					✓				✓				✓				✓
23.				✓			✓					✓				✓				✓
24.				✓				✓				✓				✓				✓
25.				✓				✓				✓				✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 23 ข้อ จากคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)



$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{23}{25}$$

$$CVI = .92$$

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92

ตารางที่ จ.4 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ด้านผู้ป่วย																				
1.			✓				✓				✓				✓				✓	
2.			✓				✓				✓				✓				✓	
3.			✓				✓				✓				✓				✓	
4.			✓				✓				✓				✓				✓	
5.			✓				✓				✓				✓				✓	
6.			✓				✓				✓				✓				✓	
7.			✓				✓				✓				✓				✓	
8.			✓				✓				✓				✓				✓	
9.			✓				✓				✓				✓				✓	
ด้านระบบการดูแล																				
10.			✓				✓				✓				✓				✓	
11.			✓				✓				✓				✓				✓	
12.		✓					✓				✓				✓				✓	
13.			✓				✓				✓				✓				✓	
14.			✓				✓				✓				✓				✓	
15.			✓				✓				✓				✓				✓	
16.			✓				✓				✓				✓				✓	
17.			✓				✓				✓				✓				✓	
18.			✓				✓				✓				✓				✓	

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ จากคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{18}{18}$$

$$CVI = 1.00$$

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

ตารางที่ จ.5 แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>ความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism)</b>																				
1.				✓				✓				✓				✓				✓
2.				✓				✓				✓				✓				✓
3.				✓				✓				✓				✓				✓
4.				✓				✓				✓				✓				✓
5.				✓				✓				✓				✓				✓
<b>การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy)</b>																				
6.				✓				✓				✓				✓				✓
7.				✓			✓				✓				✓				✓	
8.				✓			✓				✓				✓				✓	
9.				✓				✓				✓				✓				✓
10.				✓		✓						✓				✓				✓
<b>คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality)</b>																				
11.				✓				✓				✓				✓				✓
12.			✓					✓				✓				✓				✓
13.				✓				✓				✓				✓				✓
14.				✓			✓					✓				✓				✓

15.			✓			✓				✓				✓				✓
การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care)																		
16.			✓			✓			✓					✓				✓
17.			✓			✓			✓					✓				✓
18.			✓			✓			✓				✓					✓
19.			✓			✓			✓					✓				✓
เทคโนโลยี (Technology)																		
20.			✓			✓			✓					✓				✓
21.			✓			✓			✓					✓				✓
22.			✓			✓			✓					✓				✓
23.			✓		✓				✓					✓				✓
24.			✓		✓				✓		✓							✓
25.			✓		✓				✓		✓							✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหาให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ จากคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{22}{25}$$

$$CVI = .88$$

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88

ค่าความตรงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) มีค่าเท่ากับ .91, .92, .92, 1.00 และ .88 ตามลำดับ และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## 2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

หาความเชื่อมั่น โดยแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง และแบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha reliability) และเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นจากการใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 365 ราย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ จ.6 การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) และเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	การทดสอบความเชื่อมั่น	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น	
		N=30	N=365
แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Cronbach's alpha reliability	.94	.96
แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	Kuder-Richardson 20 (KR-20)	.81	.78
ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	Cronbach's alpha reliability	.84	.82
แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง	Cronbach's alpha reliability	.82	.91
แบบประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	Cronbach's alpha reliability	.97	.96

ตารางที่ จ.7 การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อ ของแบบประเมินพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
NBPC-HF_1	.958
NBPC-HF_2	.958
NBPC-HF_3	.957
NBPC-HF_4	.957
NBPC-HF_5	.958
NBPC-HF_6	.957
NBPC-HF_7	.957
NBPC-HF_8	.957

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
NBPC-HF_9	.956
NBPC-HF_10	.956
NBPC-HF_11	.957
NBPC-HF_12	.957
NBPC-HF_13	.957
NBPC-HF_14	.957
NBPC-HF_15	.957
NBPC-HF_16	.956
NBPC-HF_17	.957
NBPC-HF_18	.956
NBPC-HF_19	.956
NBPC-HF_20	.956
NBPC-HF_21	.956
NBPC-HF_22	.957
NBPC-HF_23	.956
NBPC-HF_24	.957
NBPC-HF_25	.957
NBPC-HF_26	.957
NBPC-HF_27	.957
NBPC-HF_28	.957
NBPC-HF_29	.957
NBPC-HF_30	.957
NBPC-HF_31	.957
NBPC-HF_32	.957
NBPC-HF_33	.957
NBPC-HF_34	.957
NBPC-HF_35	.958

ตารางที่ จ.8 การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายชื่อของแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PCKQ_1	.788
PCKQ_2	.786
PCKQ_3	.788
PCKQ_4	.791
PCKQ_5	.786
PCKQ_6	.789
PCKQ_7	.779
PCKQ_8	.782
PCKQ_9	.787
PCKQ_10	.789
PCKQ_11	.784
PCKQ_12	.788
PCKQ_13	.783
PCKQ_14	.784
PCKQ_15	.783
PCKQ_16	.779
PCKQ_17	.783
PCKQ_18	.792
PCKQ_19	.780
PCKQ_20	.792
PCKQ_21	.785
PCKQ_22	.784
PCKQ_23	.785
PCKQ_24	.787
PCKQ_25	.788



Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PCKQ_26	.781
PCKQ_27	.783
PCKQ_28	.786
PCKQ_29	.782
PCKQ_30	.787
PCKQ_31	.785
PCKQ_32	.784
PCKQ_33	.785
PCKQ_34	.782
PCKQ_35	.783
PCKQ_36	.791
PCKQ_37	.781
PCKQ_38	.779
PCKQ_39	.786
PCKQ_40	.783
PCKQ_41	.782
PCKQ_42	.780
PCKQ_43	.778
PCKQ_44	.778
PCKQ_45	.782
PCKQ_46	.781
PCKQ_47	.787
PCKQ_48	.785
PCKQ_49	.785
PCKQ_50	.788
PCKQ_51	.786
PCKQ_52	.788

ตารางที่ จ.9 การหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบ  
 ประคับประคอง

ข้อคำถาม	ค่าความ ยาก-ง่าย (p)	ค่าอำนาจ จำแนก (r)	การแปลผลคำถาม	สรุปผล
1. PCKQ_1	.58	.55	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
2. PCKQ_2	.40	.40	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
3. PCKQ_3	.53	.50	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
4. PCKQ_4	.35	.80	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดีมาก	นำไปใช้ได้
5. PCKQ_5	.68	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
6. PCKQ_6	.65	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
7. PCKQ_7	.59	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
8. PCKQ_8	.75	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
9. PCKQ_9	.44	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
10. PCKQ_10	.35	.60	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
11. PCKQ_11	.39	.60	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
12. PCKQ_12	.36	.80	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดีมาก	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	ค่าความ ยาก-ง่าย (p)	ค่าอำนาจ จำแนก (r)	การแปลผลคำถาม	สรุปผล
13. PCKQ_13	.75	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
14. PCKQ_14	.73	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
15. PCKQ_15	.78	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
16. PCKQ_16	.50	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
17. PCKQ_17	.62	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
18. PCKQ_18	.33	.40	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
19. PCKQ_19	.75	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
20. PCKQ_20	.75	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
21. PCKQ_21	.72	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
22. PCKQ_22	.62	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
23. PCKQ_23	.58	.60	ปานกลาง จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
24. PCKQ_24	.70	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
25. PCKQ_25	.32	.60	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	ค่าความ ยาก-ง่าย (p)	ค่าอำนาจ จำแนก (r)	การแปลผลคำถาม	สรุปผล
26. PCKQ_26	.62	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
27. PCKQ_27	.36	.40	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
28. PCKQ_28	.56	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
29. PCKQ_29	.68	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
30. PCKQ_30	.35	.80	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดีมาก	นำไปใช้ได้
31. PCKQ_31	.36	.80	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดีมาก	นำไปใช้ได้
32. PCKQ_32	.39	.60	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
33. PCKQ_33	.62	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
34. PCKQ_34	.54	.80	ปานกลาง จำแนกได้ดีมาก	นำไปใช้ได้
35. PCKQ_35	.56	.60	ปานกลาง จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
36. PCKQ_36	.65	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
37. PCKQ_37	.50	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
38. PCKQ_38	.59	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
39. PCKQ_39	.75	.40	ค่อนข้างง่าย	นำไปใช้ได้

ข้อความ	ค่าความ ยาก-ง่าย (p)	ค่าอำนาจ จำแนก (r)	การแปลผลคำถาม	สรุปผล
			จำแนกได้ปานกลาง	
40. PCKQ_40	.58	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
41. PCKQ_41	.78	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
42. PCKQ_42	.32	.60	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
43. PCKQ_43	.72	.60	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
44. PCKQ_44	.78	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
45. PCKQ_45	.76	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
46. PCKQ_46	.76	.40	ค่อนข้างง่าย จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
47. PCKQ_47	.45	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
48. PCKQ_48	.57	.60	ปานกลาง จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
49. PCKQ_49	.56	.60	ปานกลาง จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้
50. PCKQ_50	.59	.40	ปานกลาง จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
51. PCKQ_51	.37	.40	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ปานกลาง	นำไปใช้ได้
52. PCKQ_52	.36	.60	ค่อนข้างยาก จำแนกได้ดี	นำไปใช้ได้

ตารางที่ จ.10 การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายชื่อของแบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PCAQ_1	.880
PCAQ_2	.802
PCAQ_3	.860
PCAQ_4	.830
PCAQ_5	.773
PCAQ_6	.882
PCAQ_7	.874
PCAQ_8	.804
PCAQ_9	.809
PCAQ_10	.801
PCAQ_11	.799
PCAQ_12	.786
PCAQ_13	.787
PCAQ_14	.805
PCAQ_15	.800
PCAQ_16	.814
PCAQ_17	.799
PCAQ_18	.879
PCAQ_19	.889
PCAQ_20	.880
PCAQ_21	.793
PCAQ_22	.800
PCAQ_23	.820
PCAQ_24	.802
PCAQ_25	.807

ตารางที่ จ.11 การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายชื่อของแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประทับประคอง

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PBPC-HF_1	.907
PBPC-HF_2	.909
PBPC-HF_3	.908
PBPC-HF_4	.907
PBPC-HF_5	.908
PBPC-HF_6	.908
PBPC-HF_7	.906
PBPC-HF_8	.906
PBPC-HF_9	.909
PBPC-HF_10	.905
PBPC-HF_11	.906
PBPC-HF_12	.908
PBPC-HF_13	.904
PBPC-HF_14	.905
PBPC-HF_15	.907
PBPC-HF_16	.908
PBPC-HF_17	.906
PBPC-HF_18	.905



ตารางที่ จ.12 การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) รายข้อของแบบ  
ประเมินการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DHTSQ_1	.962
DHTSQ_2	.962
DHTSQ_3	.962
DHTSQ_4	.962
DHTSQ_5	.963
DHTSQ_6	.961
DHTSQ_7	.961
DHTSQ_8	.961
DHTSQ_9	.961
DHTSQ_10	.961
DHTSQ_11	.961
DHTSQ_12	.961
DHTSQ_13	.960
DHTSQ_14	.961
DHTSQ_15	.960
DHTSQ_16	.961
DHTSQ_17	.961
DHTSQ_18	.961
DHTSQ_19	.961
DHTSQ_20	.960
DHTSQ_21	.961
DHTSQ_22	.961
DHTSQ_23	.961
DHTSQ_24	.961
DHTSQ_25	.961

## ภาคผนวก ฉ

### การวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน

#### ข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์เพียร์สัน

- 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่ค่าต่อเนื่องมีค่าในการวัดระดับช่วงมาตรา (Internal scale) การวัดระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) และมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)
- 2) ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship)
- 3) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ (Large sample size)
- 4) กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากประชากร (Random Selection)
- 5) ข้อมูลทั้ง 2 ชุด หรือข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน หรือรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีลักษณะจับคู่กัน

#### ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normal distribution)

ในงานวิจัยนี้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) (Kim, 2013) ถ้าหากข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงเป็นปกติ จะมีค่าความเบ้ (Skewness) ไม่เกิน  $\pm 2$  และค่าความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกิน  $\pm 7$  ผลการทดสอบในการศึกษานี้ พบว่าตัวแปรที่ศึกษาหลักมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นปกติทุกตัวแปร (Normal distribution) ดังตารางที่ ฉ.1

ตารางที่ ฉ.1 การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก

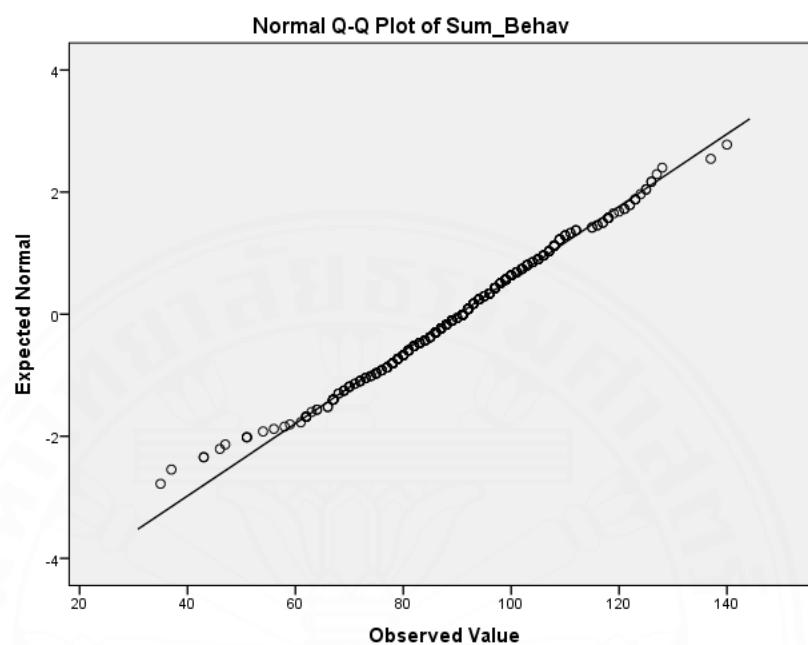
ตัวแปร	Skewness			Kurtosis		
	Skewness	Std. Error	Z-value	Kurtosis	Std. Error	Z-value
พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	-0.183	0.128	-1.422	0.493	0.255	1.933
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	-0.192	0.128	-1.500	1.701	0.255	6.670
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	-0.009	0.128	-0.070	0.002	0.255	0.008
การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	-0.023	0.128	-0.179	-0.65	0.255	-2.549
ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	-0.226	0.128	-0.566	0.725	0.255	2.843

ในงานวิจัยนี้ ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) ได้แก่ อายุ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง และประสบการณ์เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังตารางที่ ๑.2

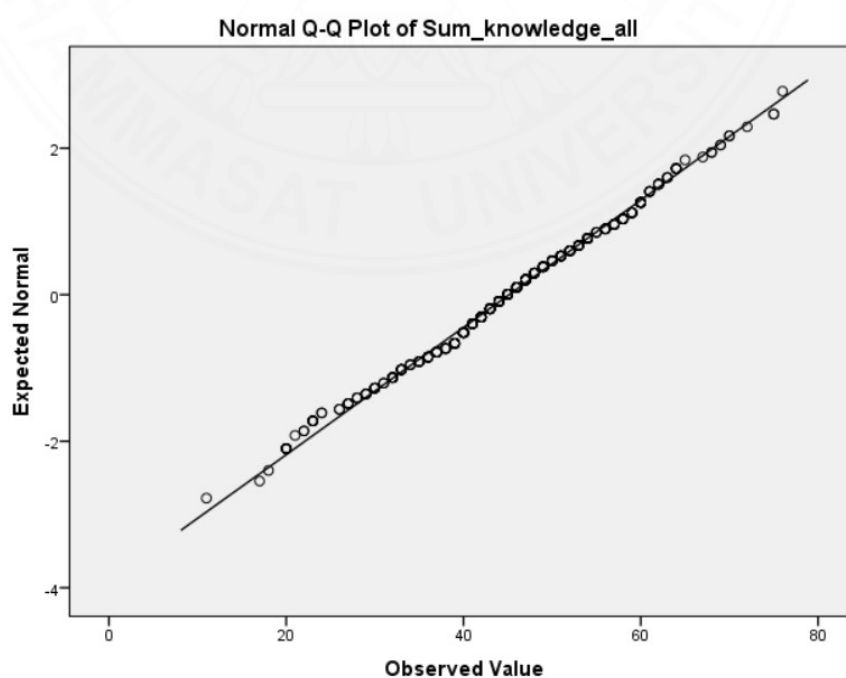
ตารางที่ ๑.2 การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	Skewness			Kurtosis		
	Skewness	Std. Error	Z-value	Kurtosis	Std. Error	Z-value
เพศ	-7.180	0.128	-56.093	56.991	0.255	223.494
<b>อายุ</b>	<b>0.192</b>	<b>0.128</b>	<b>1.5</b>	<b>-0.325</b>	<b>0.255</b>	<b>-1.274</b>
ระดับการศึกษา	5.082	0.128	39.703	26.867	0.255	105.360
สภามภาพ	1.333	0.128	10.414	1.941	0.255	7.611
ศาสนา	6.346	0.128	49.578	38.834	0.255	152.290
<b>หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน</b>	<b>0.218</b>	<b>0.128</b>	<b>1.703</b>	<b>-1.523</b>	<b>0.255</b>	<b>-5.972</b>
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	1.406	0.128	10.984	5.481	0.255	21.494
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพ</b>	<b>0.254</b>	<b>0.128</b>	<b>1.984</b>	<b>-0.953</b>	<b>0.255</b>	<b>-3.737</b>
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน	1.022	0.128	7.984	0.118	0.255	0.462
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง</b>	<b>0.252</b>	<b>1.968</b>	<b>13.140</b>	<b>1.365</b>	<b>0.255</b>	<b>5.353</b>
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (NYHA Functional Classification) ระดับที่ 3-4	19.105	0.128	149.257	365.000	0.255	1431.372
<b>ประสบการณ์เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง</b>	<b>0.214</b>	<b>0.128</b>	<b>1.671</b>	<b>1.536</b>	<b>0.255</b>	<b>6.023</b>
หน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	-13.453	0.128	105.101	179.978	0.255	705.796

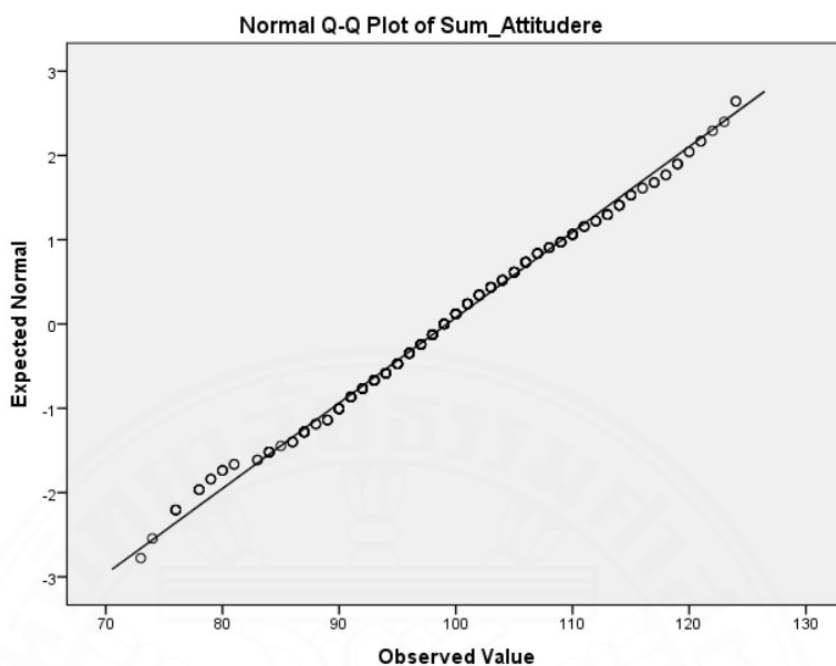
การทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot พบว่า ในแต่ละตัวแปรที่ศึกษาหลักมีการแจกแจงแบบปกติสอดคล้องกับการพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ดังภาพที่ ๑.1-5



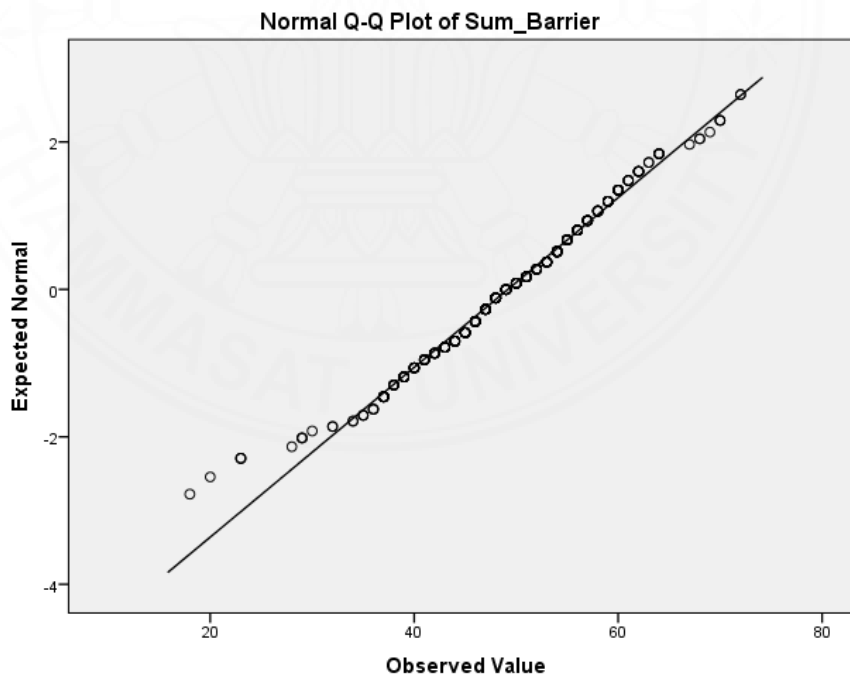
ภาพที่ ๑.1 การแจกแจงข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot



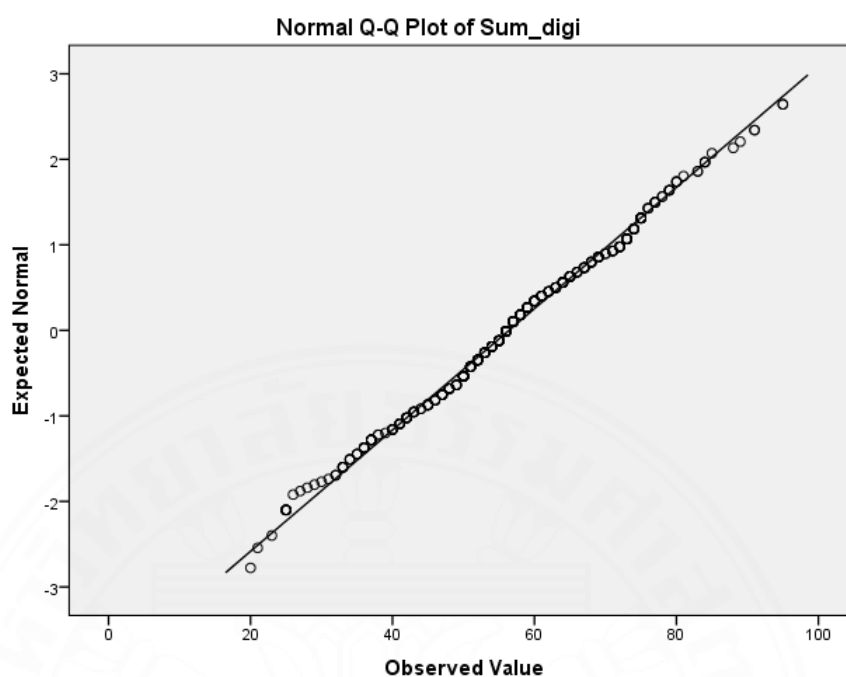
ภาพที่ ๑.2 การแจกแจงข้อมูลของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot



ภาพที่ ๓.3 การแจกแจงข้อมูลของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot



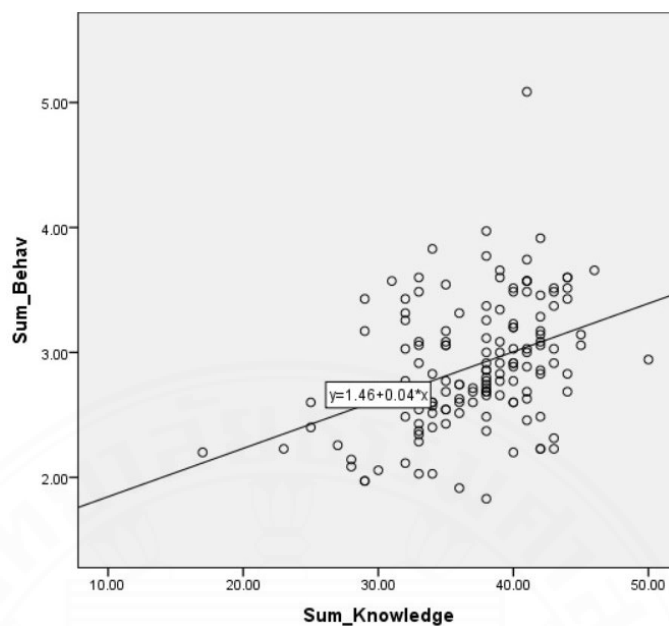
ภาพที่ ๓.4 การแจกแจงข้อมูลของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot



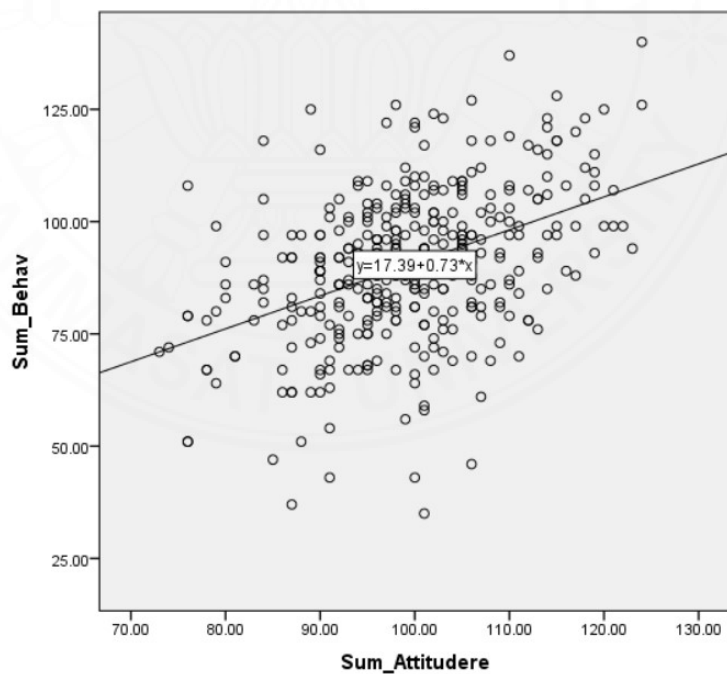
ภาพที่ ๑.5 การแจกแจงข้อมูลของทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ โดยพิจารณาจาก Normal Q-Q plot

#### ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงพบว่า ตัวแปรที่ศึกษาหลัก ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังภาพที่ ๑.6-9 และตารางที่ ๑.3 อีกทั้งมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติกลุ่มพาราเมตริก (Parametric statistics) และสามารถหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ได้

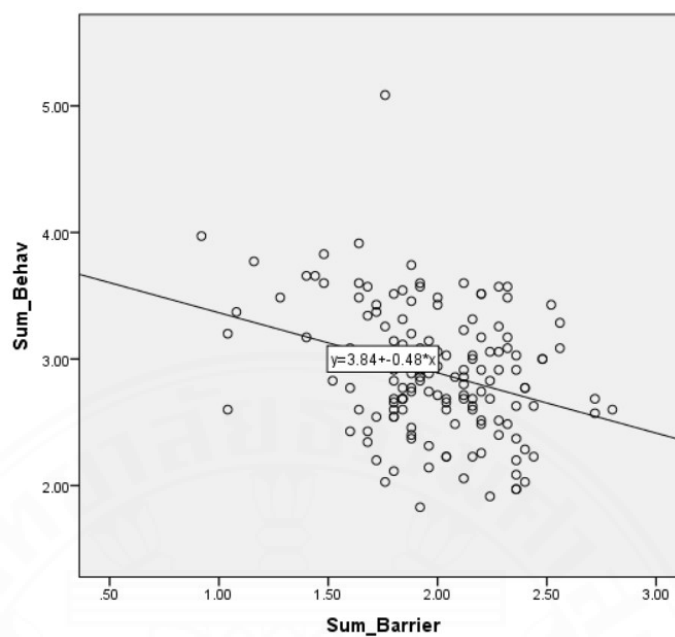


ภาพที่ ๑.6 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

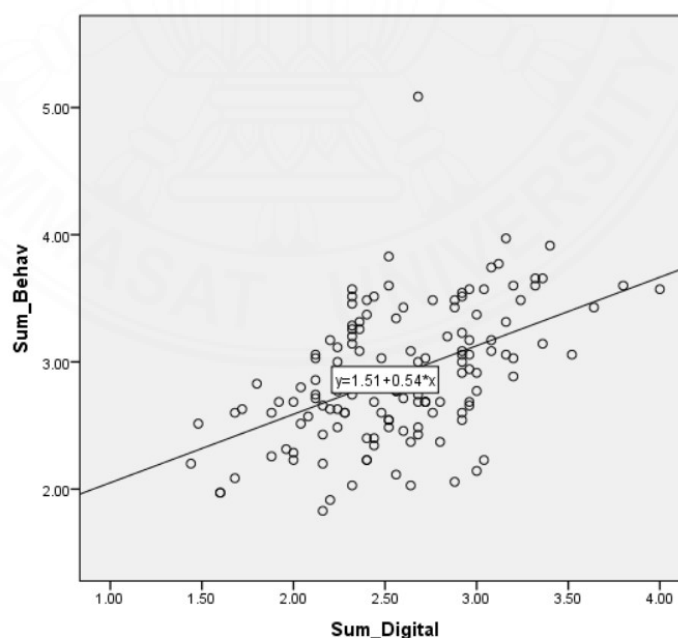


ภาพที่ ๑.7 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว





ภาพที่ ๘.๘ การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



ภาพที่ ๘.๙ การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

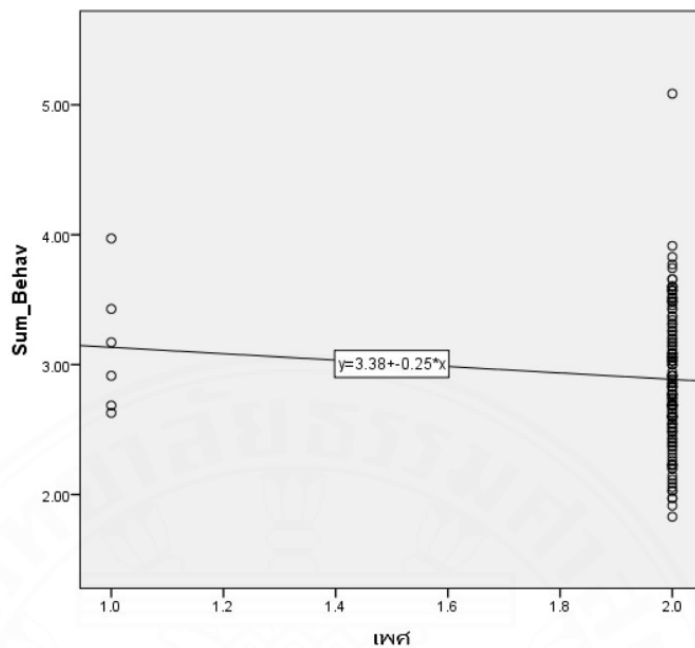
ตารางที่ ๑.3 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก

ตัวแปรที่ศึกษาหลัก	Linearity		แปลผล
	F	Sig	
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	69.342	.000	Linear relationship
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	5.513	.021	Linear relationship
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง	16.572	.000	Linear relationship
ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	170.978	.000	Linear relationship

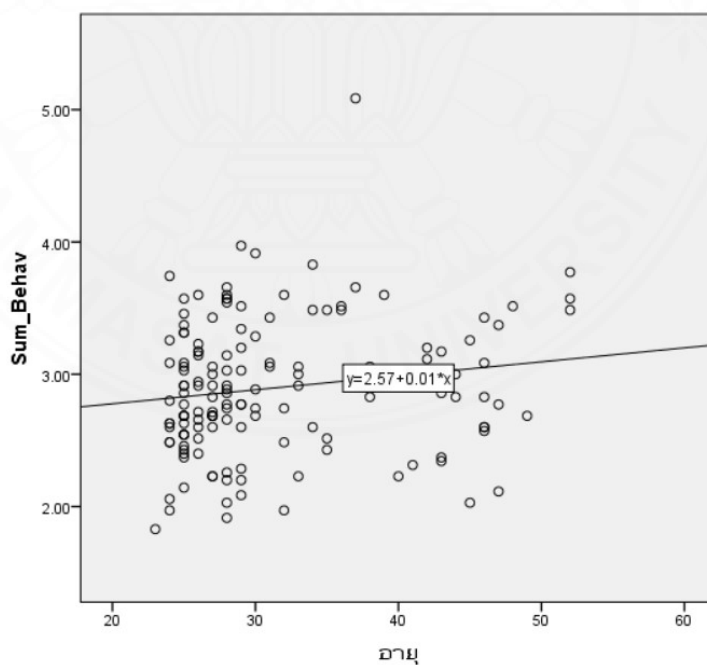
การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน ประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังภาพที่ ๑.10-24 และตารางที่ ๑.4

ทั้งนี้ ภายหลังจากตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของแต่ละสถิติเพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร ผู้วิจัยได้ใช้สถิติดังต่อไปนี้

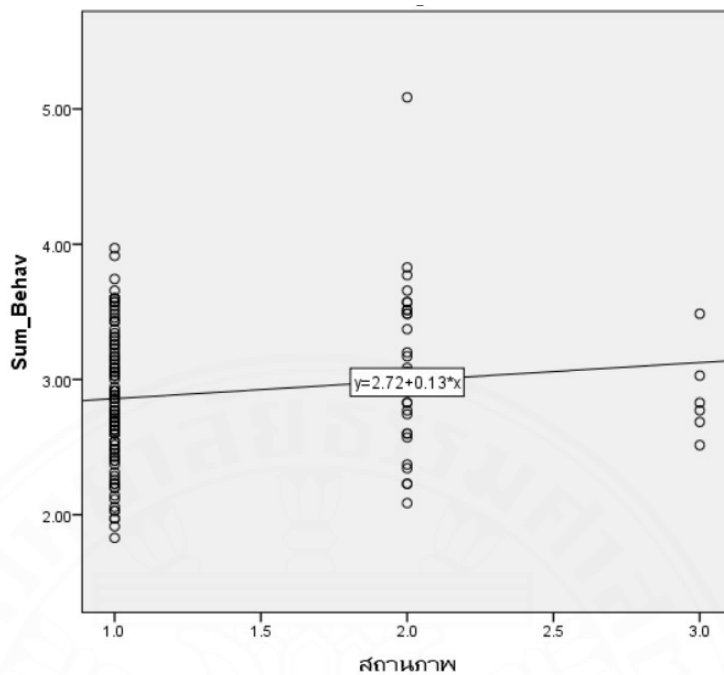
1. ตัวแปรที่วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันได้ (Pearson Product-Moment Correlation) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง
2. ตัวแปรที่วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีตา (Eta coefficient) ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และประสบการณ์เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
3. ตัวแปรที่วิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank Correlation) ได้แก่ ระดับการศึกษา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (NYHA Functional Classification) ระดับที่ 3-4
4. ตัวแปรที่วิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient) ได้แก่ หน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง



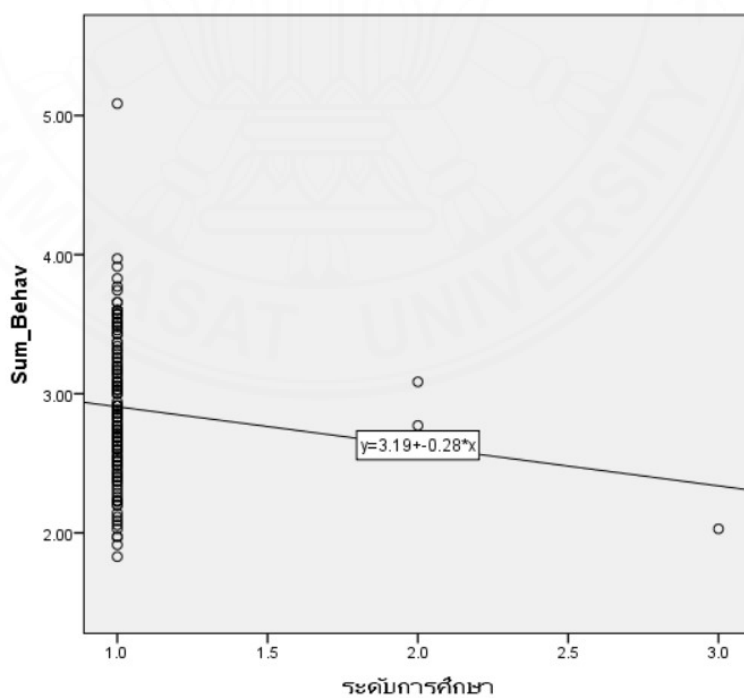
ภาพที่ ฉ.10 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรเพศและพฤติกรรมการดูแลแบบ  
 ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



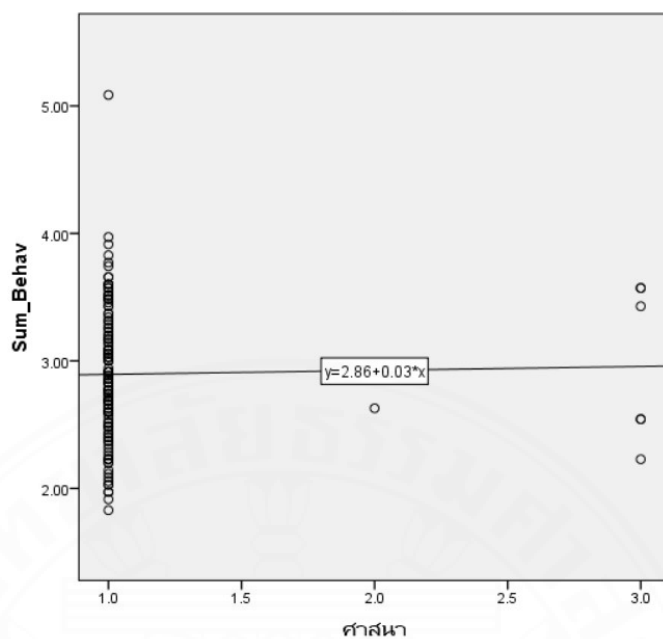
ภาพที่ ฉ.11 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอายุและพฤติกรรมการดูแลแบบ  
 ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



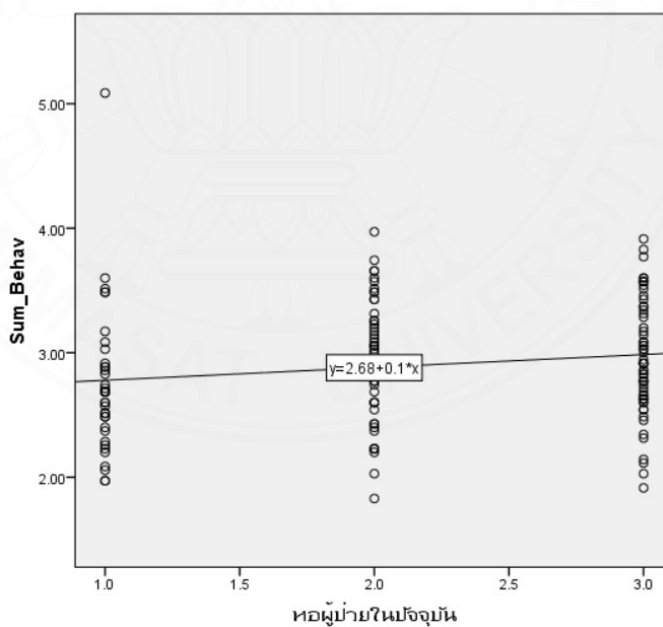
ภาพที่ ๑.12 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรสถานภาพและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



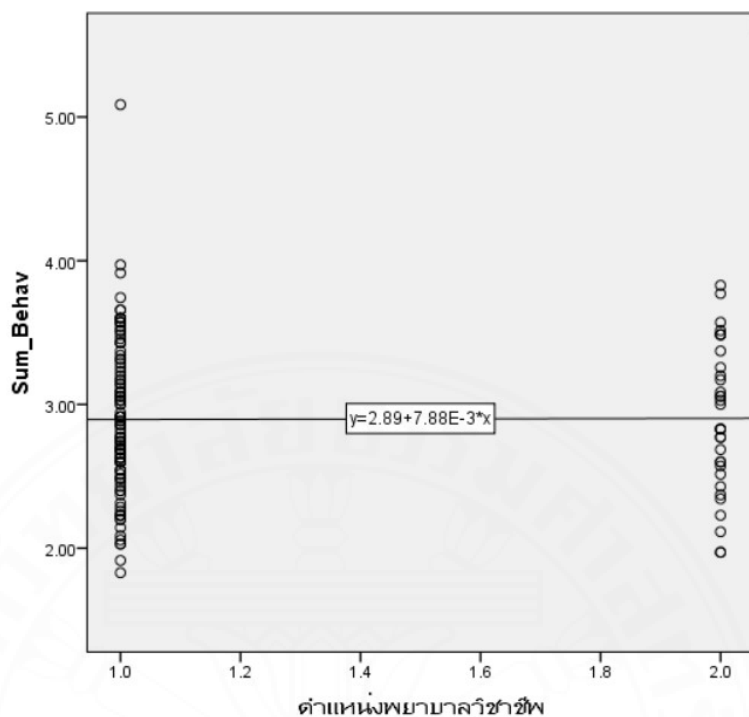
ภาพที่ ๑.13 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



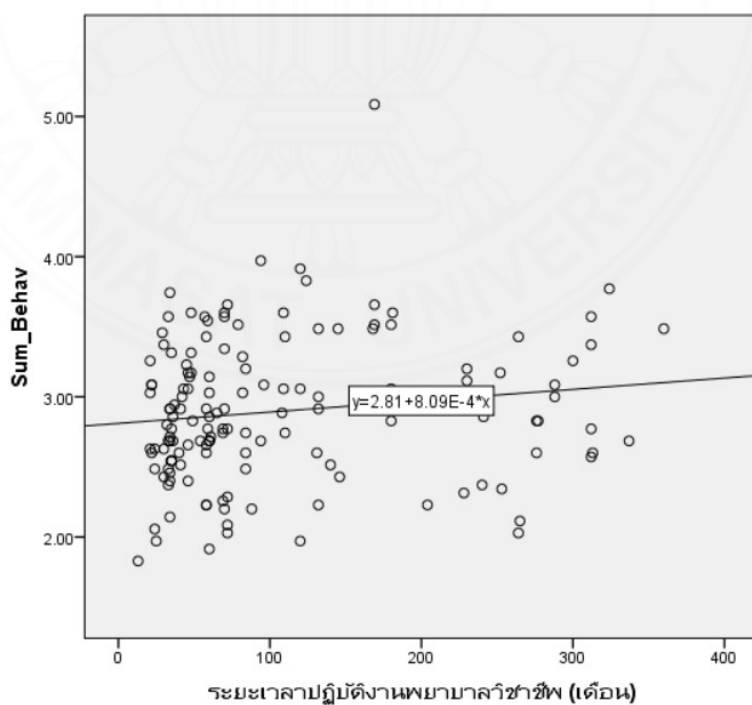
ภาพที่ ๑.14 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรศาสตร์และพฤติกรรมการดูแลแบบ  
 ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



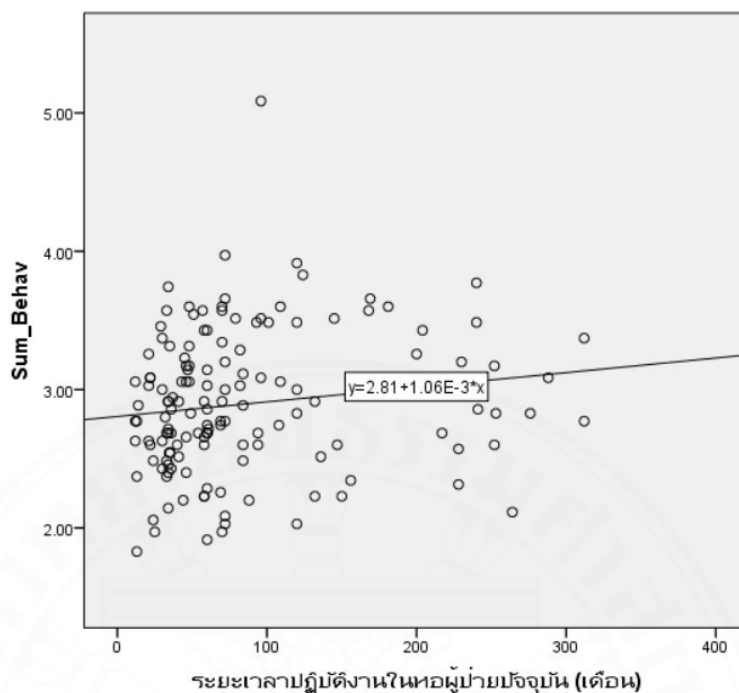
ภาพที่ ๑.15 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรหอผู้ป่วยในปัจจุบันและพฤติกรรมการ  
 ดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



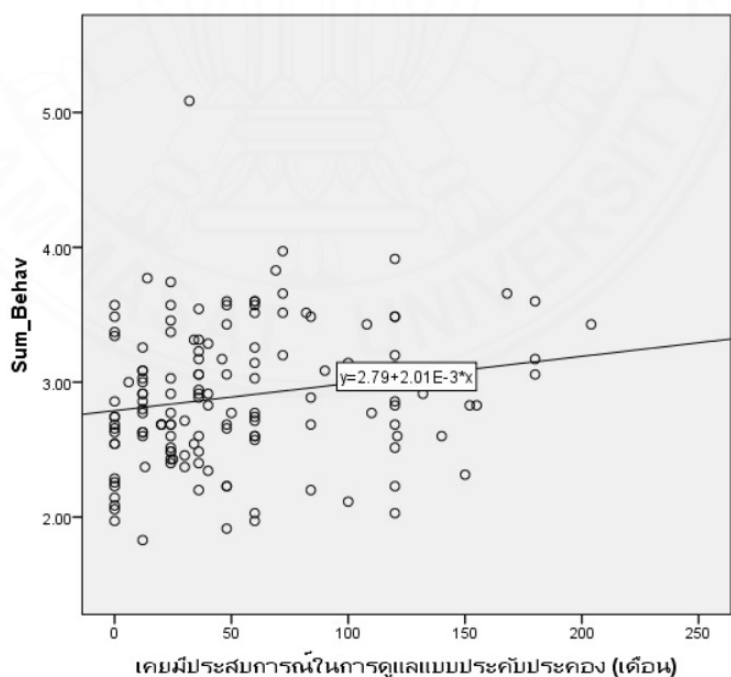
ภาพที่ ๑.16 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



ภาพที่ ๑.17 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ และพฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

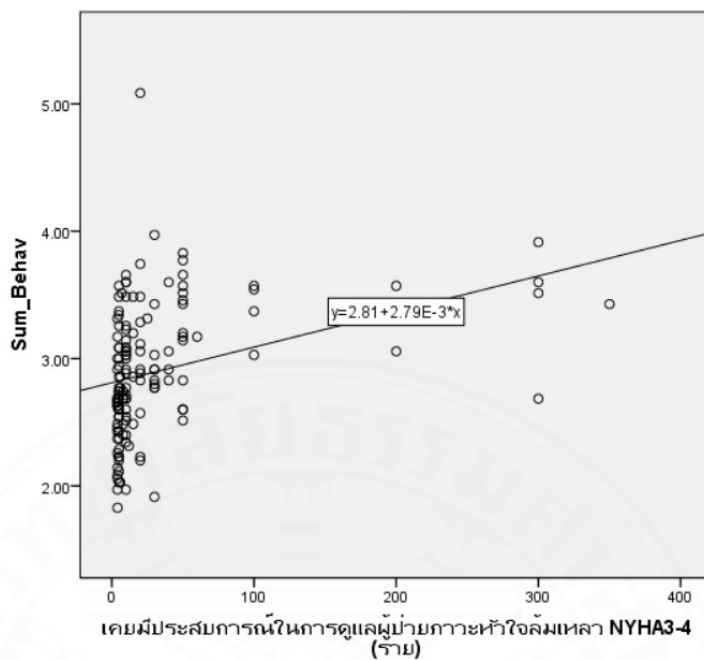


ภาพที่ ฉ.18 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

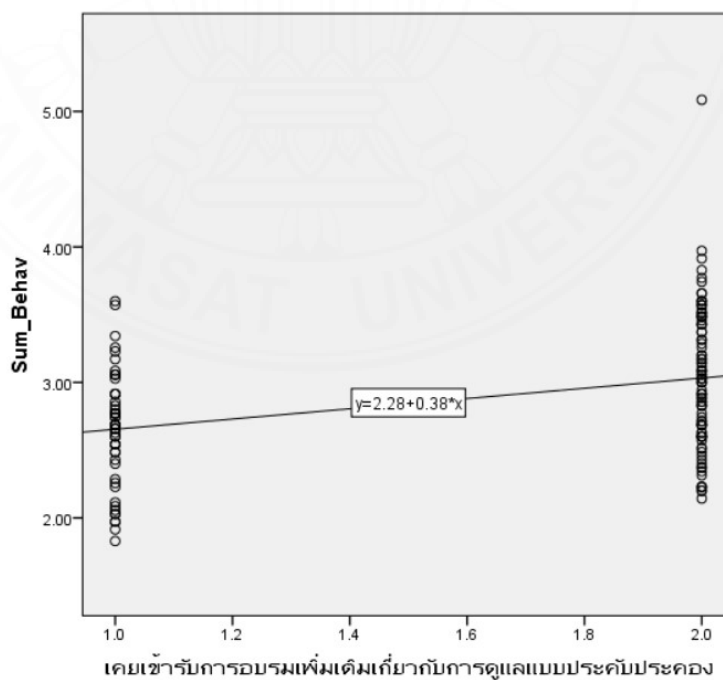


ภาพที่ ฉ.19 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

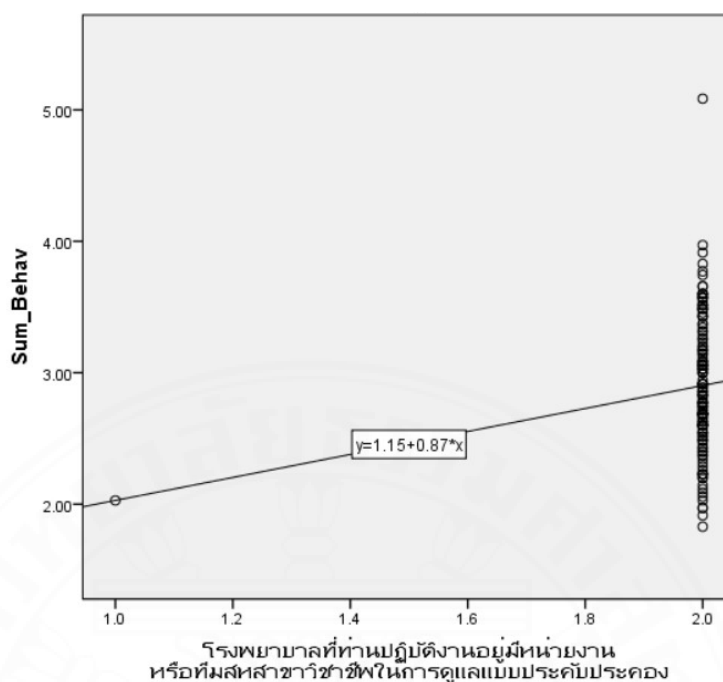




ภาพที่ ฉ.20 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรประสมการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี NYHA Classification 3-4 และพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



ภาพที่ ฉ.21 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



ภาพที่ ๑.๒๒ การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองและพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ ๑.๔ การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล	Linearity		แปลผล
	F	Sig	
เพศ	3.371	.067	Non-Linear relationship
อายุ	1.414	.025	Linear relationship
สถานภาพ	0.083	.930	Non-Linear relationship
ศาสนา	2.338	.127	Non-Linear relationship
ระดับการศึกษา	0.119	.730	Non-Linear relationship
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน	15.759	.000	Linear relationship
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	10.332	.010	Linear relationship
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพ	1.187	.027	Linear relationship
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน	1.320	.251	Non-Linear relationship
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง	95.666	.000	Linear relationship

ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล	Linearity		แปลผล
	F	Sig	
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (NYHA Functional Classification) ระดับที่ 3-4	0.050	.821	Non-Linear relationship
ประสบการณ์เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	27.522	.000	Linear relationship
หน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	2.488	.116	Non-Linear relationship

**ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรที่ศึกษา**

**1. พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรที่ศึกษาหลัก**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรที่ศึกษาหลัก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) ตามตารางที่ ๑.5 สามารถวิเคราะห์ได้ดังต่อไปนี้

1) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .420, p < .01$ )

2) ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .429, p < .01$ )

3) การรับรู้อุปสรรคการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.309, p < .01$ )

4) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .615, p < .01$ )

**ตารางที่ ๑.5** การวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก

		ตัวแปรที่ศึกษาหลัก				
		พฤติกรรม	ความรู้	ทัศนคติ	อุปสรรค	เทคโนโลยีดิจิทัล
พฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Pearson	1.000	.420**	.429**	-.309**	.615**
	Correlation Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	Pearson	.420**	1.000	.557**	-.147*	.418**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.000		.000	.004	.000
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	Pearson	.429**	.557**	1.000	-.165*	.408**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.000	.000		.002	.000
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง	Pearson	-.309**	-.147*	-.165*	1.000	-.263**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.000	.004	.002		.000
ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	Pearson	.615**	.418**	.408**	-.263**	1.000
	Correlation Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรที่ศึกษาหลัก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) ตามตารางที่ ๑.6 เมื่อวิเคราะห์แยกส่วน โดยควบคุมตัวแปรที่อาจจะมีผลต่อการศึกษาแล้วพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ ยังคงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทิศทางเดิม สอดคล้องกับการวิเคราะห์ผลด้วยค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ ๑.6 การวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (Partial Correlation) ของตัวแปรที่ศึกษาหลัก

		ตัวแปรที่ศึกษาหลัก				
		พฤติกรรม	ความรู้	ทัศนคติ	อุปสรรค	เทคโนโลยีดิจิทัล
พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	Pearson	1.000	.116*	.183**	-.060*	.424**
	Correlation Sig. (2-tailed)		.028	.000	.025	.000
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	Pearson	.116**	1.000	.428**	-.008*	.162*
	Correlation Sig. (2-tailed)	.028		.000	.882	.002
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	Pearson	.183**	.428**	1.000	-.037*	.408**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.000	.000		.002	.480
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองใน	Pearson	-.060*	-.008*	-.037*	1.000	-.162**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.025	.882	.002		.000

ตัวแปรที่ศึกษาหลัก						
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว						
ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	Pearson Correlation	.424**	.162*	.408**	-.162**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.000	.000	

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## 2. พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) ตามตารางที่ ๑.7 แปลผลได้ดังต่อไปนี้

- 1) เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .229, p > .05$ )
- 2) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .244, p < .05$ )
- 3) สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.018, p > .05$ )
- 4) ศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .061, p > .05$ )
- 5) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .050, p > .05$ )
- 6) หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .225, p < .01$ )
- 7) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .194, p < .01$ )

- 8) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบ  
ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .057, p < .05$ )
- 9) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบ  
ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .29, p > .05$ )
- 10) ประสบการณ์การดูแลแบบระดับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการ  
ดูแลแบบระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .357, p < .01$ )
- 11) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตร  
ประจำวันระดับที่ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional  
Classification) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบระดับประคองของ  
พยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .361, p < .01$ )
- 12) ประสบการณ์เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลแบบระดับประคอง มีความสัมพันธ์ทางบวก  
ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .227, p < .01$ )
- 13) หน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบ  
ระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .095, p > .05$ )



**ตารางที่ ๑.7** การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคอง	1													
2. เพศ	.229 <sup>d</sup>	1												
3. อายุ	.244 <sup>*a</sup>	.070 <sup>d</sup>	1											
4. สถานภาพ	-.018 <sup>d</sup>	.015 <sup>e</sup>	.570 <sup>*d</sup>	1										
5. ศาสนา	.061 <sup>d</sup>	.010 <sup>e</sup>	.045 <sup>d</sup>	-.024 <sup>e</sup>	1									
6. ระดับการศึกษา	.202 <sup>b</sup>	.020 <sup>e</sup>	.147 <sup>*b</sup>	.243 <sup>***e</sup>	.036 <sup>e</sup>	1								
7. หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	.225 <sup>**c</sup>	.084 <sup>*e</sup>	.041 <sup>c</sup>	.092 <sup>e</sup>	.072 <sup>e</sup>	.037 <sup>e</sup>	1							
8. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	.194 <sup>*b</sup>	.026 <sup>e</sup>	.746 <sup>b</sup>	.586 <sup>e</sup>	.076 <sup>e</sup>	.160 <sup>*b</sup>	-.127 <sup>*e</sup>	1						
9. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพ	.057 <sup>*a</sup>	.322 <sup>d</sup>	.898 <sup>***a</sup>	.578 <sup>***c</sup>	-.045 <sup>c</sup>	.203 <sup>**b</sup>	.067 <sup>c</sup>	.754 <sup>**b</sup>	1					
10. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน	.029 <sup>b</sup>	.198 <sup>d</sup>	.774 <sup>**b</sup>	.419 <sup>***c</sup>	.023 <sup>c</sup>	.129 <sup>*b</sup>	-.118 <sup>*c</sup>	.124 <sup>*b</sup>	.882 <sup>**b</sup>	1				
11. ประสิทธิภาพการดูแลแบบประคับประคอง	.357 <sup>**a</sup>	.101 <sup>d</sup>	.341 <sup>**a</sup>	.191 <sup>***c</sup>	.048 <sup>c</sup>	.140 <sup>**b</sup>	.062 <sup>c</sup>	.172 <sup>*b</sup>	.365 <sup>a</sup>	.373 <sup>**a</sup>	1			
12. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย NYHA 3-4	.361 <sup>**b</sup>	.106 <sup>*d</sup>	.106 <sup>*b</sup>	.130 <sup>*c</sup>	.096 <sup>c</sup>	.046 <sup>b</sup>	.075 <sup>c</sup>	.142 <sup>*b</sup>	.363 <sup>b</sup>	.390 <sup>**b</sup>	.628 <sup>**b</sup>	1		
13. ประสิทธิภาพเข้ารับการอบรมเพิ่มเติม	.227 <sup>**c</sup>	.017 <sup>e</sup>	.237 <sup>**c</sup>	.160 <sup>***e</sup>	.001 <sup>e</sup>	.127 <sup>*e</sup>	.040 <sup>e</sup>	.099 <sup>*e</sup>	.274 <sup>**c</sup>	.285 <sup>*c</sup>	.388 <sup>**c</sup>	.286 <sup>**c</sup>	1	
14. หน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	.095 <sup>d</sup>	.008 <sup>f</sup>	-.038 <sup>d</sup>	.057 <sup>e</sup>	.012 <sup>e</sup>	.162 <sup>e</sup>	.023 <sup>e</sup>	.005 <sup>e</sup>	-.030 <sup>d</sup>	-.031 <sup>d</sup>	-.057 <sup>d</sup>	.065 <sup>d</sup>	.082 <sup>e</sup>	1

a = Pearson's product moment correlation coefficient

b = Spearman rank-order correlation coefficient

c = Eta coefficient

d = Point biserial correlation coefficient

e = Cramer's v

f = Phi coefficient

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## ภาคผนวก ข

## ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครื่องมือวิจัย

ตารางที่ ข.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (เรียงลำดับข้อความจากคะแนนน้อยไปมาก)

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	$\bar{x}$	S.D.	Level
<b>การประเมินการดำเนินโรค</b>			
1. ฉันทใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อการประเมินการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	1.95	0.76	ต่ำ
2. ฉันทประเมินระยะของโรค ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการประเมินระยะของโรคตามเกณฑ์ของ American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/AHA]	1.98	0.85	ต่ำ
3. NBPC-HF_2	2.00	0.91	ต่ำ
<b>การประเมินและจัดการปวดและอาการไม่สุขสบาย</b>			
4. ฉันทใช้แบบประเมินอาการของ เอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)	1.76	0.80	ต่ำ
5. ฉันทประเมินและจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)	2.29	0.85	ปานกลาง
6. NBPC-HF_6	2.61	0.82	ปานกลาง
7. NBPC-HF_8	2.82	0.73	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	$\bar{x}$	S.D.	Level
8. NBPC-HF_10	2.85	0.71	ปานกลาง
9. NBPC-HF_7	2.87	0.82	ปานกลาง
10. NBPC-HF_9	2.92	0.60	ปานกลาง
<b>ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>			
11. ฉันร่วมค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wishes) และสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of life plan)	1.41	0.79	ต่ำ
12. ขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการคงที่หลังจากมีภาวะวิกฤติ ฉันประสานงานให้ครอบครัว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) และบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจทำการประชุมครอบครัวและทีมที่ดูแล เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรครวมถึงวิถีความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต	1.43	0.78	ต่ำ
13. ฉันจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในการพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบ และมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน	1.50	0.79	ต่ำ
14. NBPC-HF_13	1.52	0.79	ต่ำ
15. NBPC-HF_14	1.61	0.76	ต่ำ
<b>ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว</b>			
16. ภายหลังจากแพทย์บอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้าย ฉันจะอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและรับฟังความรู้สึก	2.76	0.72	ปานกลาง

พฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	$\bar{x}$	S.D.	Level
17. ฉันให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงอธิบายหลักในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน	2.80	0.70	ปานกลาง
18. ก่อนกระบวนการบอกความจริง ฉันจะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และช่วงเวลาที่เหมาะสม	2.85	0.71	ปานกลาง
19. NBPC-HF_17	2.92	0.67	ปานกลาง
20. NBPC-HF_18	2.99	0.67	ปานกลาง
<b>การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</b>			
21. เมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV) ร่วมกับมีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (LVEF $\leq$ 30%) ฉันเสนอให้ทีมที่ดูแลส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง	2.16	0.78	ปานกลาง
22. ฉันประสานงานและส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือสถานบริการสุขภาพอื่น ภายหลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	2.27	0.78	ปานกลาง
23. ฉันปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อหาข้อสรุปก่อนพูดคุยหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลที่สอดคล้องกัน	2.43	0.74	ปานกลาง
24. NBPC-HF_23	2.55	0.73	ปานกลาง
<b>การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</b>			
25. ฉันสนับสนุนให้ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	2.84	0.64	ปานกลาง

พฤติกรรม การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	$\bar{x}$	S.D.	Level
26. ฉันให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ใน การสังเกตตนเองทุกวัน เช่น อาการผิดปกติ น้ำหนัก ตัว และจัดบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะ ในแต่ละวัน	2.85	0.63	ปานกลาง
27. ฉันแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมา พบแพทย์ เช่น อาการเหนื่อยมากขึ้น ใจสั่น นอนราบ ไม่ได้ ขาบวม เป็นต้น	2.94	0.67	ปานกลาง
28. NBPC-HF_28	2.98	0.67	ปานกลาง
<b>การดูแลทางจิตวิญญาณ</b>			
29. ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าและมี ความหมายในชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี ระดับความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III-IV)	2.38	0.69	ปานกลาง
30. ฉันช่วยติดต่อประสานกับบุคคลที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III- IV) ไว้วางใจและต้องการพบ	2.39	0.74	ปานกลาง
31. ฉันช่วยติดต่อประสานกับบุคคลที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่มีระดับความสามารถการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ระดับ 3-4 (NYHA functional class III- IV) ไว้วางใจและต้องการพบ	2.53	0.71	ปานกลาง
32. NBPC-HF_32	2.55	0.75	ปานกลาง
<b>การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต</b>			
33. หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต ฉัน ประเมินปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเป็น ระยะ เพื่อให้การพยาบาลในแต่ละระยะหรือ ช่วยเหลือในการส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม	1.47	0.79	ต่ำ

พฤติกรรมดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	$\bar{x}$	S.D.	Level
34. หลังจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต ฉันแสดงความเสียใจและให้การดูแลด้านจิตใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วย	1.84	0.66	ต่ำ
35. NBPC-HF_33	2.05	0.73	ปานกลาง

ตารางที่ ข.2 ร้อยละจำนวนข้อที่ตอบถูกต้องของแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เรียงลำดับข้อคำถามจากคะแนนน้อยไปมาก)

ความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	คำตอบที่ถูกต้อง N (%)	Level
<b>ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล</b>		
1. การดูแลแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเท่านั้น	132 (36.16)	ต่ำ
2. การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อการรักษาแบบเคร่งครัด ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการหายจากโรค (Curative treatment) ไม่ได้ผล	220 (60.27)	ปานกลาง
3. นิยามความหมายในการดูแลแบบประคับประคอง	265 (72.60)	ปานกลาง
4. KPC_5	270 (73.97)	ปานกลาง
5. KPC_6	324 (88.76)	สูง
6. KPC_1	341 (93.40)	สูง
<b>การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</b>		
7. การประเมินแนวโน้มระยะเวลาการมีชีวิตอยู่โดยใช้ PPS	144 (39.45)	ต่ำ
8. การใช้เครื่องมือ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)	179 (49.04)	ต่ำ
9. ผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS ร้อยละ 40-60 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน คือ จากที่เคยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีจะทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง	236 (64.65)	ปานกลาง
10. KPC_9	237 (64.97)	ปานกลาง
11. KPC_8	238 (65.20)	ปานกลาง

ความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	คำตอบที่ถูกต้อง N (%)	Level
<b>การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</b>		
12. ผู้เกี่ยวข้องในการประชุมครอบครัว (Family meeting)	149 (40.82)	ต่ำ
13. การบอกความจริงหรือการบอกข่าวร้ายเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค ความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นหน้าที่ของแพทย์เท่านั้น	187 (51.23)	ต่ำ
14. การเตรียมสำหรับการบอกความจริงหรือการบอกข่าวร้าย	280 (76.71)	ปานกลาง
15. การทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will)	291 (79.72)	ปานกลาง
16. KPC_16	295 (80.82)	สูง
17. KPC_14	307 (84.10)	สูง
18. KPC_15	325 (89.04)	สูง
19. KPC_13	332 (90.05)	สูง
<b>อาการและการจัดการอาการ</b>		
20. การจัดการอาการหายใจลำบาก	91 (24.93)	ต่ำ
21. การจัดการอาการปวด	147 (40.27)	ต่ำ
22. การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยระยะใกล้ตาย (Dying)	148 (40.54)	ต่ำ
23. KPC_28	152 (41.64)	ต่ำ
24. KPC_25	165 (45.20)	ต่ำ
25. KPC_32	204 (55.89)	ต่ำ
26. KPC_20	241 (66.02)	ปานกลาง
27. KPC_23	252 (69.04)	ปานกลาง
28. KPC_21	262 (71.78)	ปานกลาง
29. KPC_26	287 (78.63)	ปานกลาง
30. KPC_29	289 (79.17)	ปานกลาง
31. KPC_22	320 (87.67)	สูง
32. KPC_24	328 (89.86)	สูง
<b>จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการจัดการ</b>		
33. การประเมินความปรารถนาสุดท้าย (Last Wishes)	215 (58.90)	ต่ำ



ความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	คำตอบที่ถูกต้อง N (%)	Level
34. ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความเครียด ความกังวล ควรให้ผู้ป่วยได้ช่วงเวลาอยู่กับตนเองเพื่อทบทวนช่วงชีวิตที่ผ่านมาและตัดสินใจกับช่วงชีวิตที่เหลืออยู่	230 (63.01)	ปานกลาง
35. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของญาติหรือบุคคลในครอบครัว	232 (63.56)	ปานกลาง
36. KPC_35	234 (64.11)	ปานกลาง
37. KPC_39	285 (78.08)	ปานกลาง
38. KPC_34	311 (85.20)	สูง
39. KPC_33	332 (90.95)	สูง
<b>การดูแลระยะใกล้ตาย ขณะตายและหลังตาย</b>		
40. หากสามีหรือภรรยาเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ภรรยาหรือสามีจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาทั้งหมด	113 (30.95)	ต่ำ
41. การดูแลในช่วง 1 ชั่วโมง หลังผู้ป่วยเสียชีวิต	155 (42.46)	ต่ำ
42. การทำความเข้าใจญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายของชีวิตและความตาย	168 (46.03)	ต่ำ
43. KPC_40	186 (50.95)	ต่ำ
44. KPC_48	245 (67.12)	ปานกลาง
45. KPC_43	284 (77.80)	ปานกลาง
46. KPC_50	296 (81.09)	สูง
47. KPC_49	298 (81.64)	สูง
48. KPC_41	307 (84.10)	สูง
49. KPC_47	319 (87.39)	สูง
50. KPC_45	322 (88.22)	สูง
51. KPC_44	323 (88.49)	สูง
52. KPC_46	325 (89.04)	สูง

ตารางที่ ข.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง  
(เรียงลำดับข้อความจากคะแนนน้อยไปมาก)

ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	$\bar{x}$	S.D.	Level
1. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่พูดกับญาติผู้ป่วยระดับประคับประคองเกี่ยวกับวิถีความเจ็บป่วยและเวลาที่เหลืออยู่	2.34	0.80	ปานกลาง
2. เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิต ฉันมักจะรู้สึกแย่มาก	2.35	0.73	ปานกลาง
3. ฉันคิดว่ากรดูแลแบบประคับประคองใช้กับระยะท้ายเท่านั้น	2.36	0.76	ปานกลาง
4. APC_3	2.38	0.78	ปานกลาง
5. APC_15	2.39	0.79	ปานกลาง
6. APC_17	2.40	0.62	ปานกลาง
7. APC_10	2.42	0.65	ปานกลาง
8. APC_9	2.47	0.63	ปานกลาง
9. APC_8	2.50	0.62	ปานกลาง
10. APC_14	2.70	0.71	ปานกลาง
11. APC_7	2.78	0.66	ปานกลาง
12. APC_13	2.80	0.65	ปานกลาง
13. APC_16	3.06	0.67	ปานกลาง
14. APC_20	3.10	0.72	ปานกลาง
15. APC_11	3.37	0.55	ปานกลาง
16. APC_13	3.59	0.58	ปานกลาง
17. APC_21	3.61	0.66	ปานกลาง
18. APC_18	3.67	0.72	ปานกลาง
19. APC_24	3.99	0.75	ดี
20. APC_25	4.21	0.63	ดี
21. APC_22	4.25	0.84	ดี
22. APC_19	4.35	0.74	ดี
23. APC_5	4.51	0.71	ดี
24. APC_2	4.52	0.62	ดี
25. APC_8	4.55	0.70	ดี

ตารางที่ ข.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง (เรียงลำดับข้อความคำถามจากคะแนนมากไปน้อย)

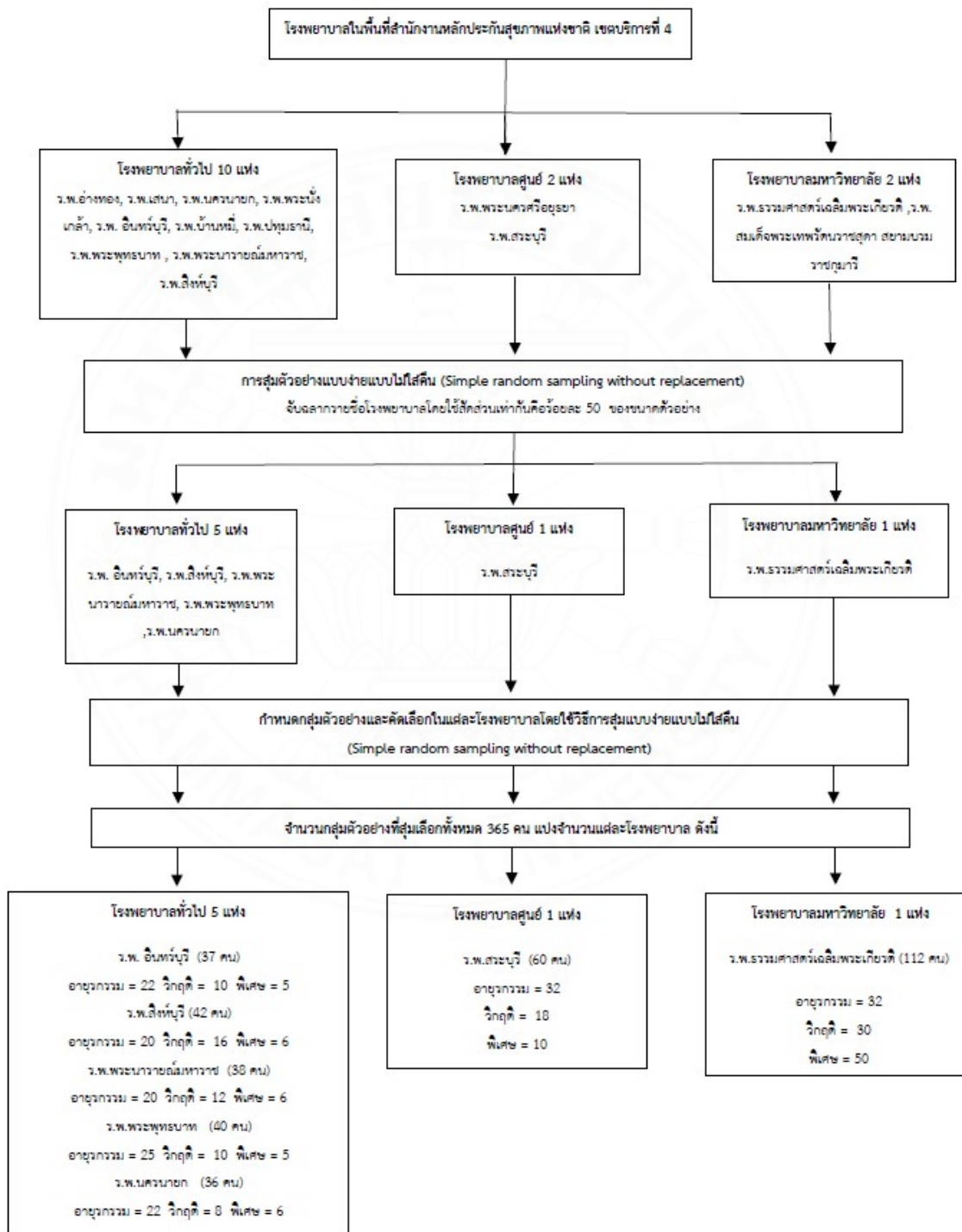
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคอง	$\bar{x}$	S.D.	Level
<b>ด้านผู้ป่วยและครอบครัว</b>			
1. ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	2.90	0.79	มาก
2. ญาติผู้ป่วยต้องการรักษาอย่างเต็มที่เพื่อยื้อชีวิตเนื่องจาก ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวิถีความเจ็บป่วยของภาวะหัวใจล้มเหลว	2.89	0.73	มาก
3. ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ว่าอาจมีชีวิตอยู่ในเวลาที่จำกัด	2.88	0.68	มาก
4. PBPC-HF_4	2.76	0.79	มาก
5. PBPC-HF_5	2.74	0.80	มาก
6. PBPC-HF_6	2.64	0.70	มาก
7. PBPC-HF_8	2.63	0.73	มาก
8. PBPC-HF_7	2.40	0.75	ปานกลาง
9. PBPC-HF_9	2.39	0.73	ปานกลาง
<b>ด้านระบบการดูแล</b>			
10. PBPC-HF_18	3.01	0.77	มาก
11. PBPC-HF_17	2.95	0.75	มาก
12. PBPC-HF_14	2.93	0.71	มาก
13. PBPC-HF_10	2.80	0.73	มาก
14. PBPC-HF_13	2.70	0.70	มาก
15. PBPC-HF_15	2.65	0.89	มาก
16. PBPC-HF_16	2.60	0.78	มาก
17. PBPC-HF_12	2.58	0.84	มาก
18. PBPC-HF_11	2.47	0.74	มาก

ตารางที่ ข.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ (เรียงลำดับข้อคำถามจากคะแนนน้อยไปมาก)

การรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	Level
<b>ความเป็นมืออาชีพด้านดิจิทัล (Digital Professionalism)</b>			
1. ฉันระบุข้อมูลเกี่ยวกับผลงาน ทักษะ การศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานในโลกออนไลน์	1.99	0.93	น้อย
2. ฉันใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ชุดอุปกรณ์ติดตามสุขภาพทางไกล (Tele-Monitoring) เป็นต้น	2.15	0.83	น้อย
3. DHTSQ_4	2.50	0.76	ปานกลาง
4. DHTSQ_1	2.57	0.76	ปานกลาง
5. DHTSQ_3	2.61	0.71	ปานกลาง
<b>การมีภาวะผู้นำและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Leadership and Advocacy)</b>			
6. ฉันเป็นผู้นำในการค้นหาข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลของหน่วยงาน	1.92	0.80	น้อย
7. ฉันเป็นผู้นำในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงานของฉัน	1.96	0.81	น้อย
8. DHTSQ_8	2.00	0.83	น้อย
9. DHTSQ_6	2.09	0.81	น้อย
10. DHTSQ_9	2.61	0.81	ปานกลาง
<b>คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information Quality)</b>			
11. ฉันใช้สารสนเทศและเข้าใจคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับดิจิทัลทางสุขภาพ	2.33	0.80	น้อย

การรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	Level
12. ฉันทำการบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติงาน	2.34	0.75	น้อย
13. DHTSQ_12	2.55	0.78	ปานกลาง
14. DHTSQ_15	2.57	0.77	ปานกลาง
15. DHTSQ_11	2.58	0.71	ปานกลาง
<b>การใช้งานสารสนเทศ (Information Enabled Care)</b>			
16. ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินภาวะสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นต้น	2.07	0.82	น้อย
17. ฉันใช้นวัตกรรมดิจิทัลทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	2.13	0.77	น้อย
18. DHTSQ_16	2.34	0.73	ปานกลาง
19. DHTSQ_18	2.43	0.76	ปานกลาง
20. DHTSQ_17	2.48	0.76	ปานกลาง
<b>เทคโนโลยี (Technology)</b>			
21. เมื่อเกิดปัญหาในการใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลของโรงพยาบาล ฉันสามารถให้คำแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้	2.09	0.76	น้อย
22. ฉันใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลรายงานข้อผิดพลาด แนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยง และเฝ้าติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล	2.24	0.73	น้อย
23. DHTSQ_22	2.26	0.76	น้อย
24. DHTSQ_21	2.32	0.73	น้อย
25. DHTSQ_23	2.38	0.76	น้อย

### ภาคผนวก ข ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ ข.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

## บริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

### โรงพยาบาล A

เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิชั้นสูง มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ 1:3 หอผู้ป่วยพิเศษ 1:6-7 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1-2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษา เช่น การติดตามประเมินอาการและสัญญาณชีพ การบริหารยา การทำหัตถการ และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น มีหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง มีคลินิกประคับประคองและการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ดูแลหลักคือ ทีมแพทย์เฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ส่วนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจนและยังไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกันมากนัก โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง หลังจากนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการนัดคุยประชุมครอบครัว (Family Meeting) ถึงการดำเนินโรค การรักษา เป้าหมายของการดูแล เป็นต้น หากติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ทีมที่ดูแลแบบประคับประคองจะเยี่ยมบ้านในบางรายหรือติดตามทางไกล (Telemedicine) ในระยะไม่เกิน 40 กิโลเมตรจากโรงพยาบาล หากมากกว่านั้นจะส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านของผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อ

### โรงพยาบาล B

เป็นโรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลศูนย์) มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ 1:5-6 หอผู้ป่วยพิเศษ 1:6-7 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษา มีพยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) แต่ไม่ครบทุกหอผู้ป่วย ยังไม่มีคลินิกเฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคอง (ทางทีมกำลังริเริ่มทำ แต่ยังไม่ติดปัญหาเรื่องพื้นที่และอัตรากำลัง) มีโครงการต่างๆ ในการดูแลแบบประคับประคอง เช่น โครงการบ้านปันรัก ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในช่วงกลางวัน เมื่อญาติผู้ป่วยไม่สะดวก โครงการ Palliative & Pain ที่สนับสนุนในเรื่องการจัดการความปวดโดยใช้ยามอร์ฟิน เป็นต้น มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือแบบประคับประคองแต่ยังไม่ชัดเจน โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยศัลยกรรมที่จัดการความปวดไม่ได้ เป็นต้น หากต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน จะมีทีมสหสาขาวิชาชีพไปเยี่ยมบ้านหรือติดต่อสื่อสารผ่านช่องทาง LINE ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมก่อนวันเยี่ยมบ้าน



### โรงพยาบาล C

เป็นโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ 1:5 หอผู้ป่วยพิเศษ 1:6 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1-2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษา ตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกรมการแพทย์ ปีพ.ศ. 2557 แต่ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล มีคณะกรรมการการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มงานจิตเวช นำโดยแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ด้านการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง หากต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ทางทีมประคับประคองจะร่วมกันประเมินและจัดสรรผู้ที่จะดำเนินการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

### โรงพยาบาล D

เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 (โรงพยาบาลทั่วไป) มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในสามัญ 1:5-6 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1 มีหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง โดยทุกหอผู้ป่วยมีพยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) มีคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือแบบประคับประคอง แต่ยังไม่มีความชัดเจน โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง หากต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน จะส่งต่อข้อมูลไปยังพยาบาล ซึ่งได้รับการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในอำเภอนั้นๆ เพื่อเยี่ยมบ้านต่อ

### โรงพยาบาล E

เป็นโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ 1:5 หอผู้ป่วยพิเศษ 1:7 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษา โดยทุกหอผู้ป่วยมีพยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือแบบประคับประคอง โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง มีคลินิกการดูแลแบบประคับประคองทุกวันพุธและศุกร์ช่วงบ่าย หากต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน จะส่งต่อข้อมูลไปยังพยาบาลเวชกรรมสังคมเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อ แพทย์เฉพาะทางประคับประคองจะประเมินผู้ป่วยอีกครั้งว่าต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่คนและแผนกใดบ้าง โดยเริ่มมีแนวทางการติดตามต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

ประมาณ 2 ปี ส่วนในปีนี้มีเริ่มมีแนวทางการทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งเริ่มทำมาประมาณ 2 เดือน

### โรงพยาบาล F

เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 (โรงพยาบาลทั่วไป) มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในสามัญ 1:5-6 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1 มีหอผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองแยกเฉพาะ มีหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง หากต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน จะส่งต่อข้อมูลไปยังพยาบาลชุมชนนั้นๆ เมื่อประเมินแล้วเบื้องต้น ทีมเยี่ยมบ้านของชุมชน เช่น พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดูแลต่อ

### โรงพยาบาล G

เป็นโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) มีอัตราจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ 1:5-6 หอผู้ป่วยพิเศษ 1:6-8 และหอผู้ป่วยวิกฤต 1:1-2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจะให้การดูแลครอบคลุม 4 มิติ โดยมีพยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) แต่ไม่ครบทุกหน่วยงาน มีทีมเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง มีคลินิกการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง กำลังวางแผนจะเปิดหอผู้ป่วยระยะท้าย มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยทั่วไป โดยแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมเฉพาะทาง หากต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน จะมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองลงพื้นที่ เช่น แพทย์เฉพาะทางด้าน การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลแบบประคับประคอง แพทย์แผนไทย เป็นต้น

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวอัญชิสา รัตนคุณุประการ
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2561: พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนการศึกษา	ปีพ.ศ. 2564: ทุนพัฒนาอาจารย์ระดับชั้นปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ประสบการณ์การทำงาน	ปีพ.ศ. 2561-2563: พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬารัตน์
ผลงานทางวิชาการ	Rattanakunuprakarn, U., Matchim, Y., Ekkamart, B., Putruttanamaneekun, C., & Poosumang, T. (2023). The impact of disease on health status and related factors among patients with chronic obstructive pulmonary disease, journal, <i>Nursing Journal CMU</i> , 50(1), 112-126.