

การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พันโทหญิงรุ่งทิwa จุลยามิตรพร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2555

**The Development of an Ethical Decision Making Program for Taking Care of
Patients at the End of Life Stage by Professional Nurses at Phramongkutkloao Hospital**

Lt.Col. Rungtiwa Chulyamitaporn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2012

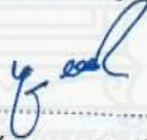
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ชื่อและนามสกุล พันโทหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี
2. อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. วัลลภา บุญรอด

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2555

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล)



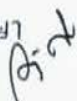
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี)



..... กรรมการ
(อาจารย์ พันเอกหญิง ดร. วัลลภา บุญรอด)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)



ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัย พันโทหญิงรุ่งทิwa จุลยามิตรพร รหัสนักศึกษา 2525100687 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(บริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี (2) อาจารย์พันเอกหญิง
ดร.วัลลภา บุญรอด **ปีการศึกษา** 2555

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีวัดอุปสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิง
จริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2) พัฒนา
โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ (3) ประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ
133 คน แพทย์ 5 คน และญาติผู้ป่วย 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประเด็นสนทนา และ
แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจใช้
สถิติ พรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลจากการสนทนาใช้การ
วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า (1) สภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ครบ 4 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แต่ละขั้นตอนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.05, 4.26, 4.25 4.41 ตามลำดับ และมี
ข้อที่ควรพัฒนาในแต่ละขั้นตอนซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลได้จากการสนทนาผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาประกอบการ
พัฒนาโปรแกรม ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ การวางแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง
ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วย การนำมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มา
ประกอบการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย (2)
โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แผนการสอนและกิจกรรมการสอน ได้แก่ การ
บรรยาย ชมภาพยนตร์ สวดมนต์ ทำสมาธิ และทำกิจกรรมกลุ่มย่อย และ 2) คู่มือการสอนและสื่อการสอนอื่น
ได้แก่ สถานการณ์จำลอง ซีดีเพลงบรรเลง และโปรแกรมนำเสนอด้วยคอมพิวเตอร์ (power point) (3) ผลการ
ประเมินความพึงพอใจโปรแกรม พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดและมาก (ร้อย
ละ 66.26 และ 33.34) ตามลำดับ และด้านประสิทธิผลการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.80

ผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพได้นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ ผลการวิจัยยังเป็น
ข้อมูลให้ผู้บริหารพยาบาลและองค์กรสุขภาพเพื่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
พยาบาล วิชาชีพ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

Thesis title: The Development of an Ethical Decision Making Program for Taking Care of Patients at the End of Life Stage by Professional Nurses at Phramongkutklao Hospital

Researcher: Lt.Col. Rungtiwa Chulyamitaporn; **ID:**2525100687;

Thesis advisors: (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Associate Professor;
(2) Col.Dr. Wanrapa Boonrod; **Academic year:** 2012

Abstract

The purposes of the research and development were: 1) to analyze the situations of ethical decision making for taking care of patients with end of life by professional nurses in Phramongkutklao Hospital 2) to develop an ethical decision making program and 3) to evaluate satisfaction of the program for taking care of patients with end of life.

Population and key informants which were selected by using purposive sampling technique and comprised 133 professional nurses, 5 physicians, and 5 care givers. The research instruments comprised a questionnaire, semi-structure interview and the satisfaction evaluation form of the program. Data from the questionnaire and the satisfaction evaluation form were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation; and the data from the interview was analyzed by content analysis.

Research findings were as follows. (1) The situations of an ethical decision making for taking care of patients with end of life by Professional Nurses in Phramongkutklao Hospital included four steps of nursing process. The average value of each step were 4.05, 4.26, 4.25 and 4.41 respectively. In each step which congruence with data from stakeholder's interview should be implemented to the developed program, including evaluation with health care team, planning cover physical, mental and spiritual of patients, consideration section 12 in health national act 2550 into nursing practice and patients evaluation need care givers (2) The program consisted of 2 components: 1) lesson plan and planning activities, including lecturing, watching cinema, praying, meditation and small group activities. 2) manual for Palliative Care and other teaching media, such as simulation, CD song player, and power point presentation (3) satisfaction evaluation of the program is at the highest and high level (66.26% and 33.34%) respectively. The effectiveness of program's participation is at the highest level 4.80.

The program's participants, Professional Nurses, have been implemented knowledge into their clinical setting. The research findings could be used as data to the Ethical decision making management for Taking Care of Patients with the End of Life by Nurses administrators and organizations effectively and efficiency.

Keywords: Ethical decision making, Program for taking care of patients with the end of life Professional nurses, Section 12 in health national act 2550

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรัก ความเมตตาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้กำลังใจ ให้โอกาส พัฒนา กระบวนการคิดและให้แนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใน พระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณพันเอกหญิง ดร.วัลลภา บุญรอด อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย รวมทั้งคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ใน การวิจัยพร้อมให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอานันทมหิดลที่ให้ทดลองเครื่องมือวิจัย ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า ผู้อำนวยการกองการพยาบาล คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ .ที่ให้ ความร่วมมืออนุญาต ให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และคุณศิริมา ทองดี ขอขอบคุณ ผศ.พญ.คาริน จตุรภัทรพร โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่กรุณาเป็นวิทยากร ตลอดจนขอบคุณพี่ๆ น้องๆ พยาบาลที่เป็นกัลยาณมิตร ที่ให้ความช่วยเหลือ

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณพ่อบุญธรรม ชุ่มพงษ์ และแม่รำพรรณ ชุ่มพงษ์ ที่ให้สติปัญญา ความเพียรพยายาม และสามีนอกนายแพทย์ ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร ที่อยู่ เคียงข้างเป็นกำลังใจตลอดมา ตลอดจนพงษ์ธร ชุ่มพงษ์ น้องชายผู้เป็นที่รัก ตลอดจนเพื่อนๆ นักศึกษาที่ให้กำลังใจโดยเฉพาะ พตอ.หญิง วราภรณ์ ประคำทอง ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

รุ่งทิวา จุลยามิตรพร

กันยายน 2555

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
การจัดบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	9
แนวคิด ทฤษฎีการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
ตอนที่ 1 สภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	54
ตอนที่ 2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	66
ตอนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	71
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	75
สรุปการวิจัย	75
อภิปรายผล	80
ข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	97
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	98
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	106
ค ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือ/ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	113
ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย/ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	117
จ ระเบียบปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	135
ฉ กฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	138
ช กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	145
ซ แผนการสอน	147
ณ คู่มือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายชื่อสุข รัก เข้าใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative care	150
ญ สถานการณ์ฝึกรตัดสินใจเชิงจริยธรรม	156
ประวัติผู้วิจัย	161

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา..... 55
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของใน ขั้นตอนด้านการประเมินสภาพ (Assessment)การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 58
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของการวางแผน (Planning) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย..... 59
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของการ ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับ พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 60
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของการ ประเมินผล(Evaluation) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย..... 64
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านมาเรียงจากมากไปน้อยและนำข้อที่ได้ ค่าเฉลี่ยน้อยของแต่ละด้าน มากำหนดแนวทางพัฒนา..... 66
ตารางที่ 4.7	ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำแนกตามองค์ประกอบ ของโปรแกรม (ผ่านการตรวจของผู้ทรงคุณวุฒิ)..... 72

ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 5



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการนำอุปกรณ์ที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษาพยาบาลและยืดชีวิตผู้ป่วยได้ เช่น เครื่องช่วยหายใจ บางครั้งก็เป็นการยากลำบากที่จะบอกว่าคุณใช้ควรเสียชีวิตหรือมีชีวิตอยู่ (Sara T. Fry & Robert M. Veatch, 2006) ซึ่งถ้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังคือการหายจากความเจ็บป่วย จึงยอมที่จะทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดถึงแม้การใช้หัตถการต่างๆจะสร้างความทุกข์ทรมานหรือต้องรับภาระค่ารักษาที่สูง แต่ถ้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อความตายมาถึงสมควรหรือไม่จะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ชะลอความตายไว้ (สิวลี สิริไล 2551) ซึ่งในความรู้สึกของผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด อย่างไรก็ตามความสิ้นหวังและท้อแท้ ความเบื่อหน่ายจากการใช้หัตถการเพื่อการบำบัดรักษาที่เนิ่นนานต่างๆไม่มีความหวังยอมเกิดขึ้นได้ จากการเผชิญกับความเจ็บปวดกับระยะสุดท้ายของโรค ทำให้ไม่ยอมต่อสู้กับความทุกข์ทรมาน และบางรายอาจไม่ยอมมีชีวิตอยู่เพราะเป็นภาระของครอบครัวทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแล (อำพล จินดาวัฒน์ 2552) ผู้ป่วยจำนวนมากต้องการไปใช้ชีวิตอยู่บ้านในระยะสุดท้ายของชีวิตให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Julia and Irene, 2001)

กรณีการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยในต่างประเทศบางราย เช่นที่โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธรธณีจี เมืองฮวาเหลียน ประเทศจีน ได้หวั่น จัดบรรยากาศเหมือนเป็นบ้าน มีมุมดูทีวี มุมธรรมชาติ มุมสบาย มุมทำอาหาร มีการต่อเชื่อมระเบียงเพื่อได้เห็นเตียงผู้ป่วยออกไปรับอากาศบริสุทธิ์ มีอาสาสมัครดูแล ช่วยเป็นเพื่อนให้กับกลุ่มผู้ป่วย ญาติมาเยี่ยมได้ตลอดเวลาเพราะเขามีเวลาสั้นลงทุกที (อำพล จินดาวัฒน์ 2552) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มนี้ได้รับการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้มีการตัดสินใจวางแผนยุติการรักษาหากต้องเผชิญภาวะสุดท้ายของชีวิต โดยการเขียนหนังสือเจตนาระบุความปรารถนาไม่เลือกหัตถการทางการแพทย์ อาทิ การแสดงเจตนาว่าไม่ขอรับการใส่เครื่องช่วยหายใจ การทำหนังสือ Living Will จึงกลายเป็นเรื่องปกติธรรมดาของสังคมที่ได้มีการเรียนรู้มาก่อนไทย แม้แต่ประธานาธิบดีโอบามาและสตรีหมายเลขหนึ่งของสหรัฐอเมริกา ก็เขียน Living Will ไว้เรียบร้อยแล้ว (อำพล จินดาวัฒน์

2552) แต่สำหรับประเทศไทยก็อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติสำหรับทีมรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากเป็น สิ่งใหม่ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาจรู้สึกขัดต่อจริยธรรมได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาการ นำหนังสือแสดงเจตนามาใช้ให้ถูกต้อง ดังตัวอย่างผู้ป่วยที่แสดงเจตนารมณ์ไม่ขอยืดชีวิตในระยะ สุดท้ายของชีวิตไว้มาเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาความเจ็บป่วยอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาที่ต้องทำให้ เสียชีวิตได้ เช่นผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการติดเชื้อ ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่ สามารถหายใจได้เอง จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อการบำบัดรักษา กรณีเช่นนี้ถ้าพยาบาล ตัดสินใจไม่ตามแพทย์มาเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจ เพราะยึดตามที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนารมณ์ไว้เป็น ลายลักษณ์อักษร อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ถึงวาระสุดท้าย ของชีวิต ดังนั้น แทนที่ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ปัญหาเฉียบพลันและมีชีวิตรอด ทำประโยชน์ให้กับ ตนเองและครอบครัวต่อไปได้ ในทางกลับกันเหตุการณ์ในกรณีดังกล่าว หากพยาบาลไม่ทำตาม เจตนารมณ์ของผู้ป่วย และตามแพทย์มาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ แต่หากผล ของการบำบัดรักษาเป็นไปในทางตรงกันข้ามคือ ผู้ป่วยไม่หายแต่กลับมีอาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องทนทุกข์ทรมานกับวิธีการบำบัดรักษา ต้องเสียเวลาและเงินทองใน การดูแลรักษา การตัดสินใจผิดพลาดตามกรณีดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีญาติฟ้องร้องทีมรักษาพยาบาล มาแล้ว (พรเลิศ ฉัตรแก้ว 2553) ดังนั้นในยุคปัจจุบันที่ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากและมี ความรู้มากขึ้น ถ้ามีเหตุการณ์เหล่านี้ พยาบาลจะมีวิธีตัดสินใจอย่างไรในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยและเป็นที่ยอมรับของญาติ รวมทั้งพยาบาลผู้ตัดสินใจปลอดภัย จากการถูกฟ้องร้อง ฉะนั้น การให้ข้อมูลกับพยาบาลในด้านกฎหมายพินัยกรรมชีวิต และสามารถ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องสำคัญ

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับการรักษาของผู้ป่วย เป็นการตัดสินใจล่วงหน้า เกี่ยวกับตนเองในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ องค์ระหว่างประเทศโดยเฉพาะแพทยสภาโลก ได้ ออกคำแถลงเรื่องเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก (The World Medicine Association Statement on Advance Directives) ซึ่งมีในหลายประเทศ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 2552) ดัง ตัวอย่าง ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายในทุกมลรัฐ ประเทศเคนมาร์ค ประเทศอังกฤษ และประเทศสิงคโปร์ สำหรับประเทศไทยซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา12ซึ่งเป็นกฎหมายพินัยกรรมชีวิตที่พอสรุปได้ว่าเป็นกฎหมายที่ผู้ป่วย แสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เพื่อยุติการทรมานจากโรค เมื่อทีมการรักษาปฏิบัติ ตามประสงค์ของผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ (อำพล จินดาวัฒน์ 2552) กฎหมายดังกล่าว คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบในหลักการร่างกฎกระทรวงนี้ เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2552 ซึ่งสังคมไทยยังมีข้อถกเถียงในประเด็นกฎหมายและจริยธรรม แต่ระยะหลังคนส่วนใหญ่มี

ความเข้าใจมากขึ้นเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมของโรงพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้จากไปอย่างสงบ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 1200 เตียง ภารกิจคือการรักษา ดูแล ฟันฟู และส่งเสริมสุขภาพ การรักษามีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยมักไม่ค่อยก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลให้กับพยาบาล แต่กลุ่มผู้ป่วยหมดหวังเป็นกลุ่มที่เปราะบางเนื่องจากผู้ป่วยและญาติเองมักมีความเครียดมากกว่า เนื่องจากไม่ว่าจะให้การรักษาอย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในเวลาถัดมา พยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดมากที่สุดจะปฏิบัติงานอย่างไรให้เกิดความพึงพอใจด้วยกันทุกฝ่าย ไม่เกิดข้อขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังเป็นการตัดสินใจที่ต่างคนต่างฝ่ายต่างดำเนินการ ไม่มีโปรแกรมการตัดสินใจเชิงกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้การพยาบาลตามหลักการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ดูเหมือนไม่น่าเพียงพอในยุคปัจจุบันซึ่งประชาชนมีความรู้และความคาดหวังต่อการบริการสูง

เมื่อปี พ.ศ.2552 ศูนย์บริหารคุณภาพ รพ.ร.ร.๖ ตามบันทึกข้อความที่ กท 0446.16/52 เดือนตุลาคม 2552 ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีการเชิญประชุมรวมกลุ่มของพยาบาลกลุ่มที่สนใจ Palliative care เป็นกลุ่มที่นัดพบกันแบบไม่เป็นทางการ และมีทีมสหสาขา เช่น แพทย์ ญาติหรือผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มด้วย เป็นกลุ่ม community of practice (COP) จะพบกันอย่างน้อยเดือนละครั้งบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเวลาและโอกาส รูปแบบการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งเช่นเป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีกิจกรรมที่หลากหลายเช่น เล่ากรณีศึกษา บางครั้งนำวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาให้สมาชิกดู หรือเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และนำไปปรับใช้กับบริบทของหน่วยงานเองแต่ยังไม่มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ

อย่างไรก็ตามกิจกรรมดังกล่าวยังไม่มีการนำเสนอเกี่ยวกับกฎหมายมาตรา 12 เนื่องจากมาตราที่ 12 อาจจะเป็นเรื่องใหม่สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จึงยังไม่มียานวิจัยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าหรือข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มากนัก ผู้วิจัยจึงได้หาข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องโดยเริ่มครั้งแรก ในเดือนกันยายน 2553 ผู้วิจัยยังได้สุ่มเลือกสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการจากกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยหุคอจุมก จำนวน 20 คนพบว่า 19 คนไม่รู้จักกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 พยาบาล 1 คนที่รู้จักกฎหมายฉบับนี้เนื่องจากเรียนเฉพาะทางด้านการศึกษาดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และพยาบาลทั้ง 20 คนไม่ทราบว่าตัดสินใจดำเนินการอย่างไรถ้ามีผู้ป่วยให้ใช้มาตรา 12 กับตัวผู้ป่วย และครั้งที่ 2 ได้สัมภาษณ์ในพยาบาลกลุ่มเดิมในเดือนตุลาคม 2553 ถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรม พยาบาล ทั้ง 20

คน ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าจะไม่ขัดความประสงค์ของญาติและผู้ป่วยในเจตนารมณ์ของการยุติการรักษา หรือถ้าแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจยุติการรักษา โดยให้เหตุผลว่ากลัวการขัดแย้งไม่ยากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกฎหมายถ้าไม่จำเป็น และจะให้การพยาบาลไปตามปกติ

จากความสำคัญและปรากฏการณ์การตัดสินใจของพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยถือว่าความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกันทั้งจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ตระหนักถึงการพัฒนาปัญหาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ขาดประสบการณ์ จึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายที่เหมาะสม และส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจทางจริยธรรมเชิงผลลัพธ์ให้กับพยาบาลได้ รวมทั้งลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติที่อาจเกิดปัญหาทางกฎหมายและนำไปสู่การฟ้องร้อง

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

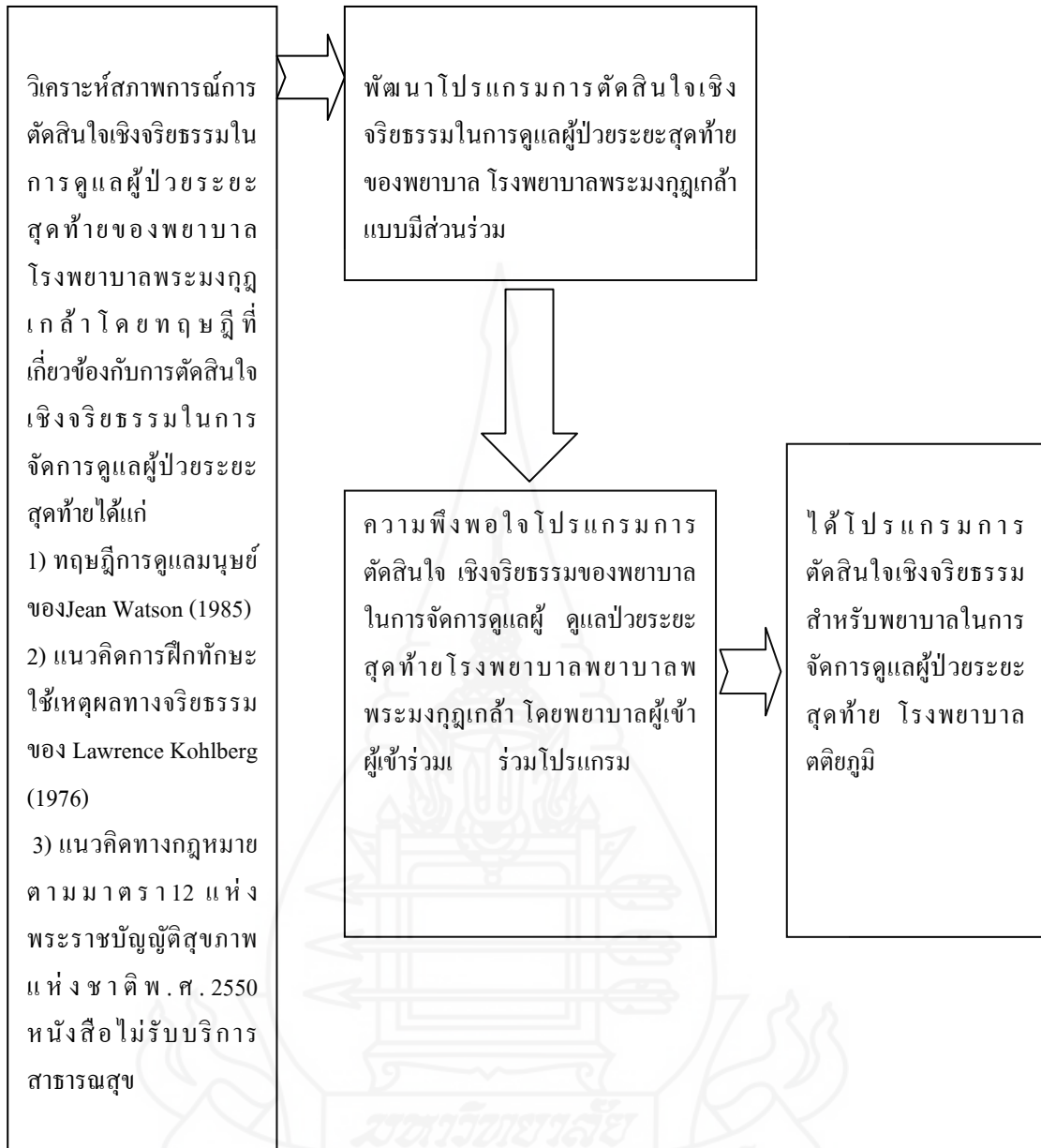
2.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.2 เพื่อสร้าง โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจ โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการใช้โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กำหนดเป็นแนวคิด และประยุกต์แนวคิดการฝึกทักษะการใช้เหตุผลทางจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg (1976) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ตามแนวคิดของ Jean Watson (1985) และแนวคิดทางกฎหมายตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หนังสือไม่รับบริการสาธารณสุข มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผู้ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วยประชากรคือพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 11 แผนกพยาบาลของ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยให้รหัสผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมแพทย์ที่มีประสิทธิภาพตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ชำนาญการดูแลเฉพาะทางก็จะต้องมีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) คือจากการบอกต่อและแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำผู้ที่มีประสบการณ์และยินดีในการให้ข้อมูลมากที่สุด (Information – rich cases) จนได้ข้อมูลอ้อมตัวตรงนี้ในส่วนญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ข้อมูลที่มากที่สุดคือเป็นสามีภรรยาหรือบุตรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไปและคัดเลือกจากหอผู้ป่วยที่ญาติเฝ้าผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามจุดประสงค์การวิจัยมากที่สุดจนได้ข้อมูลอ้อมตัว และผู้ประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมคือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม มีคะแนนจากแบบสอบถามต่ำกว่า 3 ในรายชื่อ จำนวน 54 คน แต่ต้องเป็นผู้สมัครใจในการเข้าร่วม โปรแกรม โดยผู้วิจัยติดต่อด้วยตนเอง จึงได้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 30 คน (รายละเอียดแบบประเมินความพึงพอใจในภาคผนวก)

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงเวลา พฤษภาคม 2554 – ตุลาคม พ.ศ. 2555

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 สภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หมายถึง ข้อมูลหรือสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้แนวคิดผสมผสานคือ 1) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Jean Watson (1985) 2) แนวคิดการฝึกทักษะการใช้เหตุผลทางจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg (1976) และ 3) แนวคิดทางกฎหมายตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข

5.2 ความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง ผลความพึงพอใจจากการเข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ

5.3 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง เป็นความสามารถของบุคคลในการเลือกกิจกรรมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสถานการณ์ที่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จัดการข้อขัดแย้งทางจริยธรรม และกฎหมายตามมาตราที่ 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการปฏิบัติงานทางคลินิก

5.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแม้ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ และได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยใน 11 แผนกพยาบาลของโรงพยาบาลที่วิจัย

5.5 ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง สามี ภรรยา หรือบุตรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5.6 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาพยาบาลและปฏิบัติงานเป็นพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเวลา 5 ปี ขึ้นไป

5.7 แพทย์ระดับปฏิบัติการ หมายถึง แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ปีขึ้นไป

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และเชื่อว่าหากได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้จะทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น

6.2 เพื่อนำเสนอโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้บริหารสูงสุด เพื่อพิจารณานำไปใช้ในการปฏิบัติและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตามความเหมาะสมต่อไป

6.3 เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการตัดสติใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษา กระบวนการในการตัดสติใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปประเด็นเป็น 4 ตอน ดังนี้

1. การจัดบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- 1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการของโรงพยาบาลและกองการพยาบาล
- 1.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 1.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. แนวคิด ทฤษฎีกฎหมายวิชาชีพและการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการตัดสติใจเชิงจริยธรรม

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
 - 2.1.3 แนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1.4 วิธีปฏิบัติตามศาสนา ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ
 - 2.1.5 ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- 2.2 ความหมายและความสำคัญของการตัดสติใจเชิงจริยธรรม
- 2.3 กระบวนการตัดสติใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสติใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.5 การประเมินความสามารถในการตัดสติใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

3. แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 3.1 ความหมายและความสำคัญของโปรแกรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- 3.3 การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 งานวิจัยในประเทศ
- 4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. การจัดการบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่สังกัดกองทัพบก ระดับตติยภูมิที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในสังกัดกองทัพบก เป็นหน่วยขึ้นตรงของศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก ให้บริการในภาวะปกติของบ้านเมืองและในภาวะสงครามโดยในภาวะปกติให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และโรคเฉพาะทางแก่ผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยทหาร ครอบครัวข้าราชการ และประชาชนทั่วไป รวมทั้งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆทั้งในและนอกสังกัดกองทัพบก และในภาวะสงคราม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจัดเป็นโรงพยาบาลในเขตหลังที่ทำหน้าที่รับทหารป่วยเจ็บที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่วนหน้าเพื่อตรวจรักษาและฟื้นฟู

ภารกิจของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในการให้บริการสุขภาพครบทั้ง 4 มิติ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ตลอดจนเป็นสถาบันศึกษาวิจัยแก่แพทย์ พยาบาลตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุข วางแผน อำนวยการ ประสานงาน แนะนำ กำกับ ดำเนินการ วิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการผลิต จัดหา ส่งกำลัง ซ่อมบำรุง พยาธิวิทยา เวชกรรมป้องกัน ทันตกรรม และการรักษา กำหนดหลักนิยม ผลิตตำรา ตลอดจนฝึกศึกษา ทั้งนี้เกี่ยวกับกิจการและสิ่งอุปกรณ์ของเหล่าการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลทหารบกขนาด 1200 เตียง ตั้งอยู่ใจกลางกรุงเทพมหานคร ใกล้อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2475 เป็นกองเสนารักษ์ จังหวัดทหารบกกรุงเทพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2495 กองทัพบกได้กราบบังคมทูลขอพระบรมราชานุญาตอัญเชิญพระปรมาภิไธยขอพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้า

เจ้าอยู่หัวมาเป็นพระนามของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติและน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ โดยได้กระทำพิธีเปิดป้ายชื่อเมื่อ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2495 ซึ่งถือเป็นวันสถาปนาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและกองทัพบก

1.1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการและนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามี *ปรัชญา*คือคุณภาพมาตรฐาน บริการประทับใจ *วิสัยทัศน์*คือเป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการและงานบริการ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับภูมิภาค และพันธกิจคือให้บริการสุขภาพที่ประทับใจและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ทหาร ครอบครัว ช้าราชการ และประชาชน จัดฝึกศึกษาให้นักศึกษาแพทย์ ทหาร นักเรียนพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้เพียงพอพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถในทางการแพทย์ ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย ปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยเหนืออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมและธำรงรักษา ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

โครงสร้างของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประกอบด้วยกองอำนวยการ กองอายุกรรม กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก กองจิตเวชและประสาทวิทยา กองสูตินรีเวชกรรม กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองพยาธิวิทยา กองพยาธิวิทยา กองจักษุกรรม กองร้อยเสนารักษ์ กองการพยาบาล กองศัลยกรรม กองเภสัชกรรม กองโสต ศอ นาสิกกรรม กองรังสีกรรม กองกุมารเวชกรรม กองทันตกรรม กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด กองออร์โธปิดิกส์ และแผนกเวชบริรักษ์กลาง (คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์ กองการพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2552)

1.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าให้เป็นไปด้วยความมีระเบียบเรียบร้อย ตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของโรงพยาบาลซึ่งต้องการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้กำหนดระเบียบปฏิบัติ มีความมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย การงดหรือหลีกเลี่ยงการรักษาเพื่อชะลอความตาย หรือการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย จัดเป็นแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ขึ้นกับความเห็นของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา และการ

ตัดสินใจของครอบครัวและญาติ หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในที่นี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงอยู่ในขั้นวิกฤต และไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งคณะแพทย์ที่ทำการรักษาลงความเห็นยืนยันว่าไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ด้วยวิธีการรักษาใดๆ และอาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น อาจารย์แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ครอบครัวและญาติ เรื่องแผนการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย พร้อมตอบข้อซักถามของญาติโดยละเอียด และร่วมกันตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย กรณีแพทย์ ครอบครัวและญาติตกลงเลือกแผนการงดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ให้ปฏิบัติตามระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยการงดทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งแผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้หมายความว่าคณะแพทย์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะหยุดให้การรักษาผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง แต่หมายถึงว่าผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคองแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยงดหรือหลีกเลี่ยง และ/หรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ครอบครัวและญาติขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลต่อไป โดยมีความประสงค์จะขอรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือภูมิลำเนาเดิมให้ปฏิบัติตามระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยเรื่อง การทำหนังสือแสดงความไม่ยินยอมรับการรักษา พ.ศ. 2544

สรุปได้ว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความต้องการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ให้การรักษาครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

1.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตามระเบียบปฏิบัติที่เรียกว่า : PMK – PPR-002 โดยคณะอนุกรรมการสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2544) ได้กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ดังนี้

1.3.1 ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแก่ครอบครัวและญาติ พร้อมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามแผนการรักษาที่ได้ร่วมกันกำหนด

1.3.2 ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลงบันทึกใน Kardex เรื่องสรุปแผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้จากการพูดคุยกับครอบครัวและญาติ (การงดหรือหลีกเลี่ยงการรักษาเพื่อชะลอความตาย และ/หรือ การยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย) พร้อมส่งเวรเรื่องนี้ด้วยทุกครั้ง

สรุปการจัดการบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้กำหนดระเบียบปฏิบัติ มีความมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งความ

ต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทโดยเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแก่ครอบครัวและญาติ พร้อมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามแผนการรักษา ส่วนการงดทำการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้หมายความว่าคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จะหยุดให้การรักษาผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคองแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยงดหรือหลีกเลี่ยง และ/หรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

2. แนวคิดทฤษฎีการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอนำเสนอเนื้อหา ประกอบด้วย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีผู้ให้แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่าน ดังได้กล่าวไว้ว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีทุกเพศ ทุกวัย นอกจากการพยาบาลด้านร่างกาย ควรครอบคลุมการดูแลจิตสังคม และจิตวิญญาณ เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งในความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่แพทย์ผู้รักษาพยากรณ์ว่าเป็น โรคที่รักษาไม่หายแล้ว เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค มีอาการแสดงว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตวิญญาณ ต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดของโรค ซึ่งการพยาบาลที่ให้นั้นการบรรเทามากกว่าการรักษา” (ธัสมน นามวงษ์ 2540: 11-12, 32) คนที่ป่วยหนักมีความปรารถนาที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น ต้องการรับการสัมผัสที่อ่อนโยน การนวดเบาๆ การกอด หรือ สื่อกายจากผู้ดูแล การสื่อด้วยภาษากายเหล่านี้ถือเป็นการมอบความสุขทางใจให้กับผู้ป่วย (พระไพศาลวิสาโล 2549: 5-6) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีทางจะหายจากโรค ซึ่งการดูแลต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งปลดปล่อยครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (สตาพร ลีลานันทกิจ 2552: 26-27) การพยาบาลแบบองค์รวม และพยาบาลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายอิงตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งตรงกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักขององค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 2002 มีสาระสำคัญสรุปได้คือ การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การบรรเทาอาการปวดทางด้านร่างกาย ตลอดจนการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ได้ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยมีมาตรการการช่วยเสริมคุณภาพชีวิต มีการบำบัดรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง รวมทั้งการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (World Health Organization, 1990: 83-91) ผู้ป่วยที่ชีวิตถูกคุกคามอาจเฉียบพลัน หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การพยาบาลเป็นการดูแลปัญหาทางกาย และการจัดการดูแลความต้องการของผู้ป่วย ในการวางแผนการดูแล (Sara T. Fry; Robert M. Veatch , 2006) การดูแลต้องเป็นองค์รวม ครอบคลุมกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้าย (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุพรรณ 2552: 63-64) นอกจากการบรรเทาอาการปวด ซึ่งเกิดในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว ควรเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด (รพีพร กาญจนภาชนะ 2551: 47)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย การดูแลควรเป็นองค์รวมเนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือคำจุนเพื่อให้ผ่านสภาวะวิกฤตของครอบครัวได้

2.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic Care) ถือเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหลักในการดูแลแบบองค์รวมสามารถสรุปได้คือ การให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ ยอมรับความเชื่อ ความเจ็บป่วย สนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา สนับสนุนการรักษาแบบผสมผสานและให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (รพีพร กาญจนภาชนะ 2551: 38) รายละเอียดในการดูแลด้านต่างๆมีดังนี้

1) **การดูแลด้านร่างกาย** โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนไหวร่างกายเช่นพองลูกนั่งบนเตียง นั้งข้างเตียง เพื่อให้โลหิตได้ไหลเวียนสะดวก ป้องกันโลหิตอุดตัน การเกิดแผลกดทับ เกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบทางเดินหายใจเช่นภาวะปอดบวม ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่นเกิดนิ่ว การป้องกันการติดของข้อ แต่ต้องระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหัวใจวายได้ โดยมีกิจกรรมการดูแล ดังนี้

(1) การดูแลผิวหนัง ให้ระวังการเกิดแผลกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ ควรมีการพลิกตัวเพื่อกระตุ้นโลหิตให้ไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อ ในผู้ป่วยที่มีการฉายแสง ควรระวังการโดนน้ำ ระวังผิวหนังถลอก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

(2) การบรรเทาปวด เมื่อระยะของโรคมมีการกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ เนื้อเยื่อส่วนปลายขาดโลหิตไปเลี้ยง ทำให้เกิดเนื้อตาย เซลล์มะเร็งโตไปกดทับบริเวณต่างๆ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเกิดการเจ็บปวด การหายใจจะผิดปกติ พยาบาลต้องสังเกตอาการสำคัญของชีวิต การจัดทำนอนให้ผู้ป่วยโดยมีอุปกรณ์ช่วย ทำให้บรรเทาปวด การเปลี่ยนท่านอนต้องระวังกระดูกหัก การให้ยาระงับอาการปวดเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากถ้าลุกลามไปกระดูก ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมาก การให้ยานอนหลับ ควรประเมินอาการก่อน แต่เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วแพทย์อาจไม่คำนึงเรื่องการติดยา แต่พิจารณาเรื่องความสบายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลควรสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยว่าระยะนี้ผู้ป่วยอาจว่าเหว่ เกิดความกลัวความตาย ควรดูแลด้านสุขภาพจิตด้วย

(3) ควบคุมกลิ่น เพื่อความสบายของผู้ป่วยและทำให้ความรู้สึกของครอบครัวไม่เศร้าใจกับผู้ป่วย พยาบาลควรดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้มีการถ่ายเทอากาศให้สดชื่นช่วย

(4) อาหาร น้ำ และเกลือแร่ ผู้ป่วยอาจขาดสารอาหารในระยะนี้เนื่องจากเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง จัดอาหารให้น่ารับประทาน จัดสิ่งแวดล้อม จัดท่านอน

(5) การขับถ่าย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ อุจจาระระยะได้ อาจต้องพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดแผลกดทับจากการเปียกชื้น

(6) การสัมผัสที่ประกอบด้วยความเมตตากรุณา พยาบาลควรระวังคำพูด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกตัว บางรายอาจไม่รู้สึกรู้ตัวแต่หูอาจจะยังได้ยิน ฉะนั้นการสนทนา ระหว่างให้การพยาบาลต้องระวัง

การให้การพยาบาลจากน้ำมือพยาบาล จึงมีความหมายอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (กองงานวิทยาลัย 2548: 520-522) จะเห็นได้ว่าเมื่อถึงระยะสุดท้าย ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางทรุดลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ ไม่ปกติ ความรู้สึกนึกคิด ความทรงจำจะลดลงเรื่อยๆ (Beverly, 1977: 633-634) การดูแลด้านร่างกายในระยะ Pre dying ที่สำคัญเพื่อความสบาย และการไม่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (อรอุมา เฟ่งพินิจ 2551: 87) ซึ่งการพยาบาลด้านร่างกายนั้นนอกจากทำให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตที่เหลืออยู่ได้มีคุณภาพที่สุดแล้วยังทำให้ผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2) การดูแลด้านจิตสังคม ภาวะจิตใจของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 การปฏิเสธและการแยกตัว เป็นการปกป้องตนเองของผู้ป่วย ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนเองรับรู้ ภาวการณ์พยาบาลต้องรับฟังการระบายความในใจของผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 โกรธ ผู้ป่วยจะหงุดหงิด ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อแสดงว่าตนไม่ได้เจ็บป่วย ภาวการณ์ผู้ดูแลต้องให้อภัย แสดงความเห็นใจ

ขั้นที่ 3 ภาวะอาการต่อรอง ผู้ป่วยจะยอมรับแต่ต่อรอง พยาบาลต้องช่วยปลอบใจ

ขั้นที่ 4 ภาวะเก็บกดและซึมเศร้า พยาบาลควรแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเรามีความสำคัญเหมือนเดิม การนั่งเป็นเพื่อนเงียบๆ อาจช่วยคลายเครียดได้

ขั้นที่ 5 การยอมรับ ภาวการณ์ผู้ดูแลพร้อมที่จะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องการคำปลอบโยน พยาบาลควรให้ช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้รับความสุข

นอกจากนี้พยาบาลควรประคับประคองจิตใจของครอบครัวด้วย พยาบาลควรมีความเข้าใจและเห็นใจ (กองงานวิทยาลัย 2548: 522-524) ในความคิดเห็นของคุณอรอุมาในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาติควรเพิ่มในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทางเลือกการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความอบอุ่นทางจิตใจโดยมีการยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ให้เวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้นของผู้ป่วยและญาติ (อรอุมา เฟงพิณิจ 2551: 88) การที่แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การไม่ปิดบังข้อมูลการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะต้องการการมีส่วนร่วมในการรักษา เช่นสามารถกำหนดเวลาให้อาหารเองได้ กำหนดเวลารับประทานเองได้บ้าง และไม่ต้องการการถูกทอดทิ้ง หรือไม่มีใครสนใจ ยังต้องการช่วยเหลือในระยะเวลาของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะระยะปฏิเสธ ระยะ โกรธ และระยะซึมเศร้า (ชัสมน นามวงษ์ 2540: 16-17) ซึ่งการศึกษาภาวะจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตายสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือการได้รับความเอาใจใส่จากผู้ใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้โดดเดี่ยว ต้องการคนอยู่ข้างเคียง ผู้ดูแลซึ่งก็คือญาติและพยาบาลซึ่งใกล้ชิดที่สุดควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่ควรประเมินสภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยว่า ความต้องการนั้นอยู่ในสภาวะอารมณ์และจิตใจที่ปกติของผู้ป่วย หากไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ควรชะลอไว้ก่อน (สุมาลี นิมนานนิตย์ 2550: 19)

3) การดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในสภาพที่หมดหวังจากการรักษา แต่ความหวังด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงอยู่ พยาบาลไม่ควรละเลยที่จะดูแลด้านร่างกายเท่านั้น (ชัสมน นามวงษ์ 2540: 19) จะทำให้ผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ ซึ่ง

หมายถึงภาวะที่บุคคลถูกขัดขวางหรือไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อ สิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิต สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเป็นมนุษย์ของตน (คณะกรรมการพัฒนาการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 2550) ในการศึกษาของคาร์สัน (Carson, 1989: 271-273) เรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักเกิดกับผู้ป่วยทุกคนไม่ด้านด้านก็ด้านหนึ่งได้แก่

(1) *ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต* ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน กับแค่นใจ ว่าทำไมตนเองต้องมีโรคร้ายไข้เจ็บ เกิดมาทำไม ทำไมต้องตาย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหาคำตอบได้ ปัญหาที่พบคือการฆ่าตัวตาย

(2) *ต้องการความรัก* ความรักของผู้ป่วยระยะนี้คือการรักแบบไม่มีเงื่อนไข ต้องการได้รับความรักและต้องการแสดงออกของความรัก

(3) *ต้องการได้รับการให้อภัย* ผู้ป่วยจะคิดถึงชีวิตในอดีตของตน บางรายอาจรู้สึกผิด โทษตนเอง ผู้ป่วยต้องการการได้รับการอภัยจากบุคคล จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์

(4) *ต้องการมีความหวัง* เพื่อให้ตนเองมีกำลังใจ เพื่อเผชิญความทุกข์ทรมานและความตายได้ เป็นความหวังในการได้รับการดูแลที่ดี และความหวังในโลกหน้า

(5) *ต้องการการตายอย่างสงบ* ผู้ป่วยต้องการความสงบภายในในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตามความเชื่อทางศาสนา ดังนี้ การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธตามแนวคิดของพระไพศาล คือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว ผู้ดูแลควรดูแลด้านจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญ แม้ร่างกายจะเสื่อมถอย ถ้าจิตใจสามารถเกิดความสงบ ไม่ทรมานทรมายก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขได้

2.1.3 แนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1) *ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ* ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากถูกความเจ็บปวดทรมานกาย ยังถูกรบกวนด้วยความกลัวต่างๆเช่นความกลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง เนื่องจากจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะเปราะบาง เขาต้องการใครสักคนที่พึ่งพาได้ เพื่อที่จะเผชิญความตายได้อย่างสงบการแสดงออกของความรักก็คือความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ กิริยาที่อ่อนโยนและการให้อภัย ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการหงุดหงิด กราดเกรี้ยว เราสามารถช่วยเขาได้โดยการอดกลั้น ไม่โต้ตอบด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว ความอ่อนโยนและความสงบจะทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้เร็วขึ้น ควรใช้ความนุ่มนวลในการเตือนสติผู้ป่วย ได้แก่การใช้คำพูดและการสัมผัสเบาๆด้วยการจับมือ แขนขา บีบหรือกอด แม้ความปรารถนาดีให้กับเขา จะทำให้เกิดพลังแก่ผู้ป่วยได้ การแผ่เมตตาอย่างหนึ่งที่ดี

ชาวพุทธเชื่อบุญมีใช้คือ การน้อมจิตหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพ เช่น พระพุทธเจ้า เจ้าแม่กวนอิม ให้ผู้ป่วยน้อมใจนึกภาพนั้นผสมผสานใจเป็นหนึ่งเดียว

2) *ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง* ผู้ป่วยบางคนไม่คาดคิดว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หาย และอาการได้ลุกลามจนถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยเวลาให้เนิ่นนาน ปกปิดความจริงไม่ให้ผู้ป่วยรู้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยเตรียมตัวได้น้อยลง แม้กระนั้นก็ตามการจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน ผู้ดูแลทุกคนต้องมีความอดทน และฟังความในใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการทราบความจริงมากกว่าการปกปิด เพราะแม้จะปกปิดอย่างไร ผู้ป่วยก็จะทราบด้วยกิริยาที่เปลี่ยนแปลงไปของญาติ ลูกหลาน เช่น การดูแลที่ผิดปกติ น้ำเสียง หรือใบหน้าที่ไร้รอยยิ้ม การบอกข่าวร้าย ผู้ป่วยบางคนยอมรับไม่ได้ สาเหตุที่มากกว่าความกลัวตาย คือการมีภารกิจบางอย่างที่ยังค้างค้าง ญาติมิตรควรปล่อยให้ผู้ป่วยได้ระบายเพื่อบรรเทาหรือเยียวยา ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ การตัดสินใจของผู้ป่วย ที่จะให้แพทย์เยียวยาได้ถึงขั้นไหน มีการทำพันธกรรมชีวิตไว้ เป็นการช่วยให้การรักษาเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยไม่ใช่อาศัยการตัดสินใจของญาติเมื่อผู้ป่วยถึงอาการโคม่าแล้ว ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงเพื่อยืดระยะเวลาตายออกไป ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังสิ้นเปลืองเงินทอง

3) *ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม* การระลึกสิ่งดีงามตามแนวทางสั่งสอนของพระพุทธเจ้า ทำให้ความกลัวในจิตใจของผู้ป่วยลดลงได้ พยาบาลสามารถควรจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น การนำพระพุทธรูปหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพบูชามาไว้ในห้องผู้ป่วยเพื่อการระลึกถึง หรือการสวดมนต์ การนิมนต์พระมาเยี่ยมให้กำลังใจ ถ้าผู้ป่วยเป็นคนจีนก็สามารถนำภาพเจ้าแม่กวนอิม พระโพธิสัตว์มาน้อมนำจิตใจ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์หรืออิสลามก็นำสัญลักษณ์ของศาสนา พระเยซู พระนางมารีอา นักบุญต่างๆ หรือพระอัลเลาะห์ มาช่วยในการน้อมนำจิตใจได้ นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งดีงามในอดีตเช่นการบำเพ็ญกุศล การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน การเป็นคนดีของสังคม ความภูมิใจในสิ่งที่ผู้ป่วยทำยอมทำให้ผู้ป่วยเกิดความปีติ บังเกิดความมั่นใจว่าตนจะไปสู่สุคติ บทบาทของพยาบาลคือการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในความดีของผู้ป่วยที่ผ่านมา เพื่อเป็นการยืนยันให้เขามั่นใจ

4) *ช่วยลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ* สิ่งที่ค้างคาใจผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทางใจ เกิดความกระวนกระวาย เช่นการต้องการสะสางทรัพย์สิน การต้องการพบคนที่ตนรัก ความโกรธแค้นคน การต้องการขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกที่สมควรได้รับการปลดเปลื้อง หากไม่แล้วผู้ป่วยจะรู้สึกหนักอกหนักใจ พยายามปลุกไสความตาย และตายอย่างไม่สงบ พยาบาลควรมีความละเอียดอ่อนในการสังเกตผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือในการให้คำแนะนำกับญาติหรือ

คนใกล้ชิด วิธีหนึ่งที่จะช่วยคือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงกระดาษ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเปิดใจ ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลนั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป บ่อยครั้งผู้ป่วยต้องการขอโทษคนดูแลที่อยู่ข้างเตียง ในกรณีเช่นนี้แนะนำให้ญาติควรเป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง ต้องละทิวินา พยายามควรเป็นผู้สังเกตและแนะนำด้วย ในบางกรณีการขอขมาอาจไม่ต้องระบุหรือเจาะจงบุคคลใดโดยเฉพาะ พยายามควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้ขอโทษกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรที่เคยล่วงเกินกันมาด้วย

5) *ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ* พยายามควรแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆที่ยึดติด เช่น การห่วงพ่อแม่ ลูกหลาน ทรัพย์สินสมบัติ งาน หรือสิ่งที่ตนคุ้นเคย ควรเตือนสติว่าสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นของเราเพียงชั่วคราว ถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป เนื่องจากถ้ายังยึดติดสิ่งเหล่านี้ จะเหนียวรั้งจิตใจ ทำให้ขัดขวางความตายจนวาระสุดท้ายของชีวิต ในการยึดติดทั้งหลายไม่มีอะไรที่ผู้ป่วยยึดติดเท่ายึดในตัวตน พยายามควรแนะนำให้เชื่อในพระพุทธศาสนาว่าตัวตนนั้น ไม่มีอยู่จริง ซึ่งอาจจะไม่ยักนักที่จะโน้มน้าวในผู้ป่วยที่สัมผัสศาสนาเพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การเข้าใจเรื่องอนัตตาไม่ใช่เรื่องง่าย พยายามควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปล่อยวางในการยึดตัวตัวตน เริ่มจากปล่อยวางร่างกายว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายไม่ให้เสื่อมถอยได้ ขึ้นต่อไปคือการปล่อยวางความรู้สึก เพื่อช่วยลดทอนความทุกข์ความเจ็บปวด เป็นการ ใช้ธรรมโอสถเขียวยาจิต

6) *สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ* พยายามควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความสงบในจิตใจ การที่ห้องปลอดกลิ่น มีเสียงพูดคุย ปิดเปิดประตูทั้งวัน การถกเถียงของญาติ หรือการร้องไห้ของญาติ เป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถสัมผัสถึงบรรยากาศได้ ควรชักชวนญาติให้สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ด้วยการ ทำสมาธิ การเจริญสติ การกำหนดลมหายใจเข้าออก เพื่อให้เกิดความสงบในจิตใจซึ่งในทางพุทธศาสนาถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือแม้แต่ภาวะปกติของมนุษย์ คือการมีปัญญาหรือความรู้ ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ (อนิจจัง) ไม่คงตัว (ทุกขัง) และไม่ใช่อัตตา (อนัตตา) ความจริง 3 ประการนี้ไม่มีอะไรสักอย่างที่จะยึดมั่นถือมั่นได้เลย การกระทำเหล่านี้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในอาการโคม่าได้ เพราะแม้ผู้ป่วยหมดสติ ก็อาจสัมผัสสิ่งรอบตัวที่เกิดกับเขา ผู้ป่วยบางรายที่หัวใจหยุดเต้น แพทย์และพยาบาลให้การช่วยเหลือกระตุ้นไฟฟ้า ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ พยายามลดพื้นปลอม ในสัปดาห์ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เขาสามารถจำพยาบาลผู้นั้นได้แม้เขาหมดสติและจวนเจียนจะสิ้นชีวิต ด้วยเหตุนี้ ลูกหลานไม่ควรหมกมุ่นใจในการส่งเมตตาจิตให้กับผู้ป่วย เช่น อาจหนังสือธรรมะ พุทธชักชวนให้ระลึกถึงความดีที่

เคยบำเพ็ญ การพูดให้คลายกังวล ไม่ควรมาทะเลาะเบาะแว้งข้างเตียงหรือร้องไห้ฟูมฟาย ฟังระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในเวลาปกติ ก็ควรทำอย่างเดียวกันเมื่อเขาหมดสติ

7) *ช่วยให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำอำลา* ผู้ที่ต้องการเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วย รับรู้ ยังไม่สายเกินไปที่จะกล่าวกับเขา พยายามควรให้กำลังใจญาติว่าไม่ควรทิ้งโอกาสนั้น แม้ผู้ป่วยอยู่ในอาการโคม่า ก็อาจรับรู้ถึงความรู้สึกที่ญาติไม่เคยบอกผู้ป่วยมาก่อน ขณะผู้ป่วยกำลังจะจากไป และเมื่อสัญญาณชีพอ่อนลง พยายามควรแนะนำญาติให้กระซิบข้างหูผู้ป่วยพูดถึง ความรู้สึกดีๆ ซึ่งชมคุณงามความดีของเขา พร้อมขอขมาและอำลา เป็นการช่วยน้อมนำจิตใจผู้ป่วย ให้เป็นกุศล ไม่ให้กังวลเรื่องต่างๆ ในการกล่าวคำอำลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะสิ้นลมมีประโยชน์เพื่อการ น้อมจิตไปสู่ความดับไม่เหลือ ข้อที่พึงตระหนักคือการนำบรรยากาศของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ข้อ พึงระวังของพยาบาลคือเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยอาการหนักที่มักจะวุ่นวายในการช่วยชีวิต หากที่ ลูกหลานจะกล่าวถ้อยคำใดๆกับผู้ป่วย เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ ได้แล้ว ควรคำนึงถึงคุณภาพหรือภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายถึง อาจต้องขอระงับการกลุ่ม รุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางญาติมิตรอันเป็นบรรยากาศกุศลเพื่อการจาก ไปสู่สุคติ บางครั้งการจากไปที่บ้านถ้าลูกหลานพร้อมที่จะดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตน่าจะ เหมาะสมกว่าในแง่การดูแลเรื่องจิตวิญญาณของผู้ป่วย (พระไพศาล 2550: 240-257)

2.1.4 วิธีปฏิบัติตามศาสนา ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ ในงานวิจัยนี้ขอกกล่าว 3 ศาสนาหลัก ซึ่งได้แก่ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม ซึ่งประเด็นสำคัญที่พยาบาล สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย คือรูปแบบศาสนาต่างกัน คือศาสนาพุทธมีรูปแบบของการ ไตร่ตรองเหตุผล (argumentative model) ศาสนาคริสต์มีรูปแบบของศาสนาเป็นการชี้แนะ (suggestive model) และศาสนาอิสลามมีรูปแบบของกฎหมาย (legislative model) การมีความเข้าใจ ในเรื่องดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลสามารถปลอบโยนผู้ป่วยได้ตามความเชื่อของแต่ละคน (สิวลี ศิริไล 2551) ซึ่งความเชื่อทางศาสนาเป็นคุณค่าสูงสุดสำหรับบางคน ซึ่งนำทางและตัดสินใจ จริยธรรมของผู้ที่เชื่อถือ นำไปสู่ความสำคัญของการมีชีวิตและการเสียชีวิต ความเชื่อทางศาสนา อย่างมั่นคงจะมีอิทธิพลต่อความเข้าใจด้านความสัมพันธ์ของมนุษย์ (Elsie L. Bandman & Bertram Bandman, 1990) ซึ่งผู้วิจัยขอกกล่าววิธีปฏิบัติของ 3 ศาสนาผู้นับถือมากในประเทศไทย พอสังเขป ดังนี้

1) *วิธีปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา* การเจริญสติและการทำสมาธิถือเป็นสิ่ง สำคัญที่ควรแนะนำผู้ป่วยและญาติ ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง ผู้ป่วยและญาติต่างต้อง ประคองจิตใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งพยาบาลด้วย เพื่อไม่ให้เกิดกระแสแห่งความไม่สงบ การเจริญ สติไม่ได้หมายถึงการเดินจงกรมหรือการนั่งสมาธิเท่านั้น ท่านพุทธทาสกล่าวว่า การทำงานคือการ

ปฏิบัติธรรม ทำอะไรก็เอาสติใจของตัวเองว่า “รู้” อยู่หรือเปล่าว่ากำลังทำอะไรอยู่ พยายามซึ่งมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยจะอย่างไรให้มีความสุขกับงานที่แสนหนักและซ้ำซากจำเจ ใจของมนุษย์นั้นท่านให้เอาสมาธิเป็นอาหาร ทำอะไรก็จะมีคุณภาพ ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่เป็นพยาบาลควรมีความจำเป็นในการสังเกตและหาทางปลดปล่อยปัญหาจากใจผู้ป่วยโดยเร็ว โดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น หากบุคคลนั้นเคยปฏิบัติธรรม ให้จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย สร้างบรรยากาศ และภาวนาไปเรื่อยๆพร้อมผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยห่างไกลจากการให้ท่าน ถือศีลภาวนา ก็มักนิยมให้มีผู้กล่าวนำสัณมาอรหังหรือกล่าวพุทโธ เพื่อน้อมจิตให้ถึงรัตนตรัย (อโนทัย เจียรสถาวงค์ 2550: 258-266)

2) *วิธีปฏิบัติตามคริสต์ศาสนา* เชื่อว่า พระเจ้าประทานชีวิตและจะนำกลับอยู่กับพระเจ้าเมื่อถึงวาระสมควร มนุษย์เกิดมาเพื่อใช้หนี้บาป ร่างกายจะตายไปเพราะบาป แต่วิญญาณจิตจะดำรงอยู่เพราะความชอบธรรม การตายนั้นฝ่ายร่างกายแยกออกจากจิต จิตวิญญาณกลับไปสู่พระเจ้าผู้ประทานมาให้ การอยู่กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของเขา ดูแลร่างกายแต่ก็ควรคำนึงถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรักษา การให้ข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริงจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผู้ดูแล การให้กำลังใจและให้ผู้ป่วยได้ระบาย จะทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวความตาย การสร้างบรรยากาศไม่รบกวนจิตของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (นันทนัช ยงค์ศิลป์วิริยะกุล 2550อ้างถึงใน อโนทัย เจียรสถาวงค์ 2550 : 274-281)

3) *วิธีปฏิบัติตามศาสนาอิสลาม* โดยมีแนวทางในการดูแลและจัดการการตายไว้อย่างชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมด้านจิตวิญญาณคือไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ควรปฏิบัติตามแนวความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการรักษา มุสลิมถือว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบของพระเจ้า ความเชื่อมี 6 ประการคือ (1) ศรัทธาต่อพระเจ้าอัลลอฮ์ ว่ามีอยู่จริง (2) ศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะฮ์ของอัลลอฮ์ (3) ศรัทธาต่อบรรดาคัมภีร์ของพระองค์ (4) ศรัทธาต่อบรรดาอรุซูลของพระองค์ (5) ศรัทธาต่อวันปรโลก และ (6) ศรัทธาต่อการกำหนดภาวะดีหรือร้าย คือศรัทธาในความดีความชั่ว สุขและทุกข์ ทุกสิ่งถูกกำหนดโดยพระเจ้า พระองค์ตอบแทนคุณความดีผู้ปฏิบัติดี ตามหลักศรัทธาดังกล่าว มุสลิมซึ่งมีความเจ็บป่วยและความตาย เพราะเชื่อและศรัทธาพระเจ้าอัลลอฮ์ โดยปกติมุสลิมมีหลัก 5 ประการในการดำรงชีวิตคือ (1) การปฏิญาณตน เชื่อในพระเจ้าอัลลอฮ์และนบีมุฮัมมัด (2) การปฏิบัติละหมาดเป็นกิจวัตรประจำวัน (3) การบริจาคทาน ทรัพย์สินอาจเป็นเงินตรา พืชผล ปลูกสัตว์ ทองคำที่สะสมใน 1 ปีตามความเชื่อว่าเป็นการเติมเต็มให้กับคนจน(4) การถือศีลอด (ศยาม) เป็นการถือบวชเป็นการงดกิน งดดื่ม งดความต้องการทางเพศ เป็นการทำความดีให้บริสุทธิ์ กำหนดเวลาคือช่วงเดือนรอมฎอน ช่วงเวลาตั้งแต่รุ่งอรุณจนกระทั่งตะวันตกขอบฟ้าในทุกๆวัน และ (5) การประกอบ

พิธีฮัจญ์ ในระหว่างวันที่ 8-13 ของเดือนซุลหิจญ์ (เดือนที่สิบสองทางจันทรคติแห่งปีอิสลาม) ผู้ที่
ต้องเข้าร่วมพิธี ต้องเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง หนทางสะดวก มีทรัพย์สินพอใช้ทั้งผู้เดินทางและ
ครอบครัวทางบ้าน

เมื่อชาวมุสลิมเจ็บป่วยการปฏิบัติศาสนกิจเช่นการละหมาดก็มีข้อผ่อนปรนเช่น
ให้นอนตะแคงขวาโดยหันหน้าไปทางกิบละฮ์ หรือนอนหงาย หรือให้ทำเท่าที่ทำได้ ส่วนเรื่องการ
ถือศีลอด ให้ผู้ป่วยสามารถชดเชยได้ในภายหลัง นอกจากนี้ควรจัดการภาระทางโลกต่างๆให้เสร็จ
สิ้น เช่น หนี้สินต่างๆ ถ้าไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองให้ทายาทเป็นผู้จัดการ

ในมุมมองของมุสลิมถือว่าความตายเป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่ ส่งเสริมให้
มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตาย เตรียมพร้อมสำหรับความตาย การจัดการสภาพศพให้จัดการ
ให้เรียบร้อย รับผิดชอบการอาบน้ำ ห่อศพและนำศพไปละหมาด เป็นสิ่งที่มุสลิมควรกระทำต่อมุสลิม
ด้วยกัน มีการไปส่งศพและปลอบโยนญาติ สรุปลงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชาวมุสลิม มี 3
องค์ประกอบคือ การดูแลด้านร่างกาย การสนับสนุนดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว และการดูแลจิต
วิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ พยายามควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติ 3 ข้อเกี่ยวกับจิตวิญญาณคือ (1)
Allah การให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้า (2) Amal-Ibadah การปฏิบัติศาสนกิจ และ (3) Akirat คือชีวิต
หลังความตาย เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการกลับไป (กุศลศรี ต่อเล็บ 2550 อ้างถึงใน อโนทัย
เจียรสถาวศ์ 2550 : 282-290)

2.1.5 ทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรที่ผู้วิจัยสนใจเป็นทฤษฎี
ของ Jean Watson (1985) ซึ่งสร้างโดยดร.จีน วัตสัน Jean Watson เกิดและเติบโตที่ West Virginia
ได้รับประกาศนียบัตรทางการพยาบาลในปี 1961 จาก Lewis Gayle School of Nursing ใน
Roanoke, Virginia ปริญญาตรีทางการพยาบาลในปี 1964 จาก University of Colorado (CU),
Boulder ปริญญาโทการพยาบาลด้าน psychiatric-mental health ในปี 1968 จาก CU Health
Sciences Center และ ปริญญาเอกสาขา educational psychology and counseling ในปี 1973 จาก CU
Boulder ได้ทำงานในโรงเรียนพยาบาลที่ CU ตั้งแต่ 1973 และเป็นคณบดีตั้งแต่ 1980-1990 ในขณะที่
เป็นคณบดี เธอได้ตั้งและบริหาร Center of Human Caring ที่ CU Health Science Center ซึ่งใน
ปัจจุบันมีชื่อว่า International Center for Integrative Caring Practices เธอได้รับรางวัลปริญญาเกียรติ
บัตรมากมาย และมีชื่อเสียงทั่วโลก ได้รับรางวัล Fulbright Research and Lecture ในประเทศสวีเดน
International Kellogg Fellowship in Australia ในปัจจุบันนี้ทำหน้าที่เป็นศาสตราจารย์ทางการ
พยาบาล (Betty M. Johnson & Pamela B. Webber, 2005) ความเอื้ออาทรต่อบุคคล เป็นกระบวนการ
ของความสัมพันธ์ที่ประกอบด้วยความเข้าใจในธรรมชาติของกันและกัน ความเป็นมิตร ความ
เชื่อถือไว้วางใจ และการถ่ายทอดความรู้สึกดังกล่าวนี้ต่อกัน (สิวลี ศรีไล 2551) Watson ได้แต่ง

หนังสือ *Nursing: Human Science and Caring* ซึ่งอธิบายทฤษฎี human caring ของเธอในปี 1979 และได้รับการตีพิมพ์ครั้งต่อๆ มาในปี 1985, 1988, และ 1999 เธอได้บรรยายในหนังสือเล่มแรกว่าเป็นบทความสำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับก่อนปริญญา (1979) และหนังสือเล่มที่ 2 สำหรับให้นักศึกษาระดับหลังปริญญาใช้ (1985) หนังสือเล่มแรกจะอ้างอิง ถึงปรัชญาและวิทยาศาสตร์การดูแลของการพยาบาล (Watson 1979) ซึ่งเปลี่ยนเป็น human science และ human care ในหนังสือเล่มต่อมา (1985) Watson ได้ให้กำหนดปัจจัยการดูแล 10 ประการซึ่งเป็นแก่นของการพยาบาล แก่นดังกล่าวก็คือ ธรรมชาติของขบวนการพยาบาล-ผู้ป่วย ซึ่งต่อต้านต่อ “trim” โดยเธอได้บรรยายไว้ถึงการปฏิบัติ กับ ขั้นตอนการปฏิบัติ เทคนิคกับคำศัพท์เฉพาะทางการพยาบาล (1979) trim นี้เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์กับการดูแล ปัจจัยของการดูแลนั้นมีความหลากหลายในโครงสร้างและธรรมชาติ ยกตัวอย่างเช่น จาก “คุณค่าที่เห็นแก่คนอื่น” ไปจนถึงการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ และ จากความรู้สึกไวต่อผู้อื่นไปจนถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกทางลบ ปัจจัยการดูแล 10 ประการได้เขียนเอาไว้ในกรอบที่ 7.17

สรุป ทฤษฎีของ Watson เรื่อง Human Caring

ปรากฏการณ์ : Human caring ประกอบด้วย จิตวิญญาณมากกว่าวัตถุ การเปลี่ยนแปลงมากกว่ารูปแบบ ความรู้ภายในและพลังมากกว่าสถานะแวดล้อม แนวความคิด: ให้แนวความคิดเชิงปรัชญาซึ่งให้ทางเลือกต่อเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ และแบบจำลอง โรค-การรักษา

แนวความคิดหลัก/ตัวแปรภายใน : การดูแล: ส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลคือ ความสัมพันธ์ภายในกับการรักษา; ความคิดทางจริยธรรมมากกว่าพฤติกรรมมุ่งเน้นแต่งงาน

ปัจจัยการดูแล 10 ประการ : ได้แก่ 1) ระบบความเป็นมนุษย์และความเห็นแก่ผู้อื่นของคุณค่า 2) มีความศรัทธา-ความหวัง 3) มีความรู้สึกไวต่อตนเองและผู้อื่น 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความช่วยเหลือ-ความไว้วางใจ กับ human care 5) การแสดงออกของความรู้สึกทางบวกและลบ 6) ขบวนการดูแลด้วยการแก้ปัญหาอย่างริเริ่ม 7) การสอน-การเรียนรู้ระหว่างบุคคล 8) การประคับประคอง 9) การป้องกัน การแก้ไข ด้านจิตใจ กายภาพ สังคมวัฒนธรรม และ 10) สิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ มนุษย์ต้องการความช่วยเหลือ เกิดแรงผลักดันของการมีอยู่-ปรากฏการณ์-จิตวิญญาณ

ตัวอย่างของญาติ: การดูแลเกิดขึ้นเมื่อทั้งพยาบาลและคนไข้มีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย

สำหรับการรักษาตนเอง และการรักษาที่เกิดขึ้นและสุขภาพเกิดจากการค้นพบและการรับรู้ด้วยตนเองของคนไข้

ตัวอย่างของสมมุติฐาน (คัดเลือกจากสมมุติฐาน 11 ข้อของ Watson 1985) :การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ต้องมีก่อนความนับถือและการดูแลผู้อื่น การดูแลเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติการพยาบาล –ส่วนสำคัญของการพยาบาล และเพียงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถแสดง และปฏิบัติ human care อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างของตัวแปรภายนอก: เทคโนโลยี เปิดเผยบุคคลกับบุคคลอื่นช่วงสั้นๆ พยาธิสรีระวิทยา (Betty M.Johnson & Pamela B.Webber ,2005)

มโนทัศน์หลัก 4 ประการในทฤษฎีนี้คือบุคคล ซึ่งวัตสันเรียกว่ามนุษย์ สุขภาพสิ่งแวดล้อมและการพยาบาล ซึ่งจะกล่าวละเอียดดังนี้

1) **มนุษย์ (Human being) หรือบุคคล (Person)** เป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณเป็นแก่นของบุคคล การมีคุณค่าในตน การได้รับการนับถือ เป็นแหล่งเกิดความตระหนักในตนเอง การได้รับความเข้าใจและการได้รับการช่วยเหลือ

2) **สุขภาพ (Health)** เป็นภาวะสุข และการมีดุลยภาพ เป็นความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่สามารถทำหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้โดยไม่มีโรค การไม่มีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณทำให้เกิดโรค

3) **สิ่งแวดล้อมและสังคม (Environment / Society)** เป็นสิ่งแวดล้อมทุกๆด้านทั้งทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการพัฒนาของบุคคลที่อาศัยอยู่ในการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

4) **การพยาบาล (Nursing)** เป็นกระบวนการในการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของคน เพื่อให้บุคคลเกิดดุลยภาพในตนเอง การส่งเสริมให้บุคคลเยียวยาตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายทำให้บุคคลรู้จักตนเอง เคารพตนเอง เกิดความประจักษ์ในความหมายของสภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรกับกระบวนการพยาบาล

ทาเรนโต (Talento ,1995) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์โดยผ่านกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ขั้นตอนประเมินสภาพ โดยมีการประเมินสภาพผู้ป่วยจากความต้องการ 4 ระดับตามแนวคิดของวัตสัน คือความต้องการด้านกายภาพและชีวภาพ ความต้องการด้านกายและจิตใจ ความต้องการด้านจิตสังคม และความต้องการภายในตน

ขั้นตอนวินิจฉัยทางกายพยาบาล เป็นการวินิจฉัยในกรอบความต้องการทั้ง 4 ระดับ ในปัญหาแต่ละปัญหาเลือกจากปัจจัยการดูแล 10 ประการ ที่เหมาะสมในการแก้ไขแต่ละปัญหา

ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย กำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม นำแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการมาเลือกใช้

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล การที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ตามแผน นั้นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

ขั้นตอนการประเมินผล ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินว่าบรรลุจุดมุ่งหมายเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินเสมอ นำผลมาทบทวนและวางแผนต่อไป

สรุปคือทำให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร พยาบาลควรมีความตระหนักและเข้าใจ ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละท่าน นอกจากดูแลสภาพร่างกายของผู้ป่วยแล้วการ ดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งก็คือวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของผู้ป่วยนั้นถือว่าเป็นนำพาให้ ผู้ป่วยมีความสงบในจิตใจและจากไปได้อย่างสงบ ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการพยาบาล มาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม โดยผ่านแนวคิดผสมผสาน โดยมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้อ อาทรด้วย

2.2 ความหมายและความสำคัญของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรมีความตระหนักในวิชาชีพ ประกอบอาชีพ ด้วยการใช้หลักการ มีความรู้ อยู่ในกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งลักษณะงานของ พยาบาลเป็นการดูแลชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีชีวิตจิตใจ มีความซับซ้อนทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ การ พยาบาลที่ดีมีคุณภาพควรตอบสนองการบริการในลักษณะองค์รวมคือการบริการที่ครอบคลุมกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ฉะนั้นการพยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ มีการ ควบคุมคุณภาพโดยมีการควบคุมพฤติกรรมทั้งตนเองและเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากในปัจจุบันเป็นยุค โลกาภิวัตน์ ผู้รับบริการ ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสนใจในบริการสุขภาพมากขึ้น มีการรับรอง สิทธิผู้ป่วย ประชาชนสนใจในการรักษาสิทธิของตนเอง มีการร้องเรียนการไม่พึงพอใจในการ บริการสาธารณสุขเนื่องจากไม่เป็นไปตามความคาดหวัง พยาบาลมักประสบปัญหาทางจริยธรรม ซึ่งเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องพิจารณาใคร่ครวญ ว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ โดยคำนึงถึง องค์ประกอบด้านต่างๆของปัญหาอย่างรอบคอบ (กองการพยาบาล 2544) จากเหตุผลดังกล่าว พยาบาลควรมีแนวทางหรือรูปแบบเพื่อพัฒนาจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากการ สืบหาข้อมูลร้องเรียนของผู้รับบริการในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งดำเนินการโดยคณะอนุกรรมการ จริยธรรมของสภาพยาบาลพบประเด็นปัญหาพฤติกรรมจริยธรรมเป็นเรื่องของมารยาท กิริยาจา ทำทีในการให้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสารที่ล่าช้า มีความเสียด้านน้อยลง การบริการเป็นเชิง

พาณิชย์ไม่ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในวิชาชีพพยาบาลควรมีการพัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลให้เป็นไปตามขอบเขตมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพในการรักษาพยาบาลวิชาชีพโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม ควรมีมโนยสัมพันธ์และมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีเมตตากรุณาสูง มีความสนใจเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ความอ่อนโยน ซึ่งคุณธรรมดังกล่าวเป็นปรัชญาของวิชาชีพพยาบาล ฉะนั้นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณภาพจะนับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคมและวิชาชีพ (คณะอนุกรรมการจริยธรรม สภาการพยาบาล 2551: 3-5)

2.2.1 ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

จริยธรรมว่าเป็นหลักของความประพฤติหรือเป็นแนวทางการประพฤติปฏิบัติให้ถูกหลักธรรม (พระเมธี ธรรมาภรณ์ 2542: 88) ซึ่งมาจากศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เป็นหลักแห่งความดีงามเพื่อประโยชน์สุขแก่ตนเองและส่วนรวม และการรู้จักไตร่ตรองเมื่อเผชิญเหตุที่ต้องตัดสินใจเลือก (ลิวลี คีรีไล 2552: 21) เป็นการกระทำที่ถูกต้อง กำหนดสิ่งที่ควรทำหรือไม่ควรทำ เพื่อเป็นหลักในการอยู่ร่วมกัน เป็นหลักการที่ เกี่ยวข้องกับศีลธรรม ศาสนา และ เป็นคำสอนเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตที่ต้องงั้นเนตรพัฒนา ยาวีราช 2549) มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ซึ่งเป็นมาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติในสังคม การกระทำนั้นจะถูกหรือผิดไม่ใช่เพียงการกระทำที่สังคมเห็นว่าถูกหรือผิด แต่ให้รวมถึงการที่บุคคลเลือกปฏิบัติเพื่อแก้ไขความขัดแย้งด้วย (Lawence Kohlberg, 1976) และมักเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อของคนในกลุ่มสังคม เช่นความเชื่อในศาสนา (Fry, 1994)

องค์กรพยาบาลควรมีการพัฒนาจริยธรรมขององค์กร ซึ่งมีลำดับขั้นของการพัฒนา ซึ่งข้อที่พัฒนาสูงสุดคือ มีการเห็นคุณค่าของการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2543) หลักคุณธรรมและจริยธรรม มีตัวชี้วัดได้แก่ (1) การให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน และปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (2) การประพฤติตนเป็นแบบอย่างแก่ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการด้านคุณธรรม (3) สร้างแนวทางในการร้องเรียนด้านจริยธรรมแก่ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ เช่นการร้องทุกข์ของผู้รับบริการ การร้องเรียนของบุคลากรในองค์กรจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม (4) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (5) มีบทลงโทษสำหรับบุคลากรที่ประพฤติตนผิดหลักจริยธรรม และ(5) ผู้บริหารมีธรรมาภิบาลในการบริหารงาน สามารถตรวจสอบการทำงานได้ ให้การบริการด้วยความเป็นธรรมและมีความเสมอภาค ไม่มีการเลือกปฏิบัติ (เทียมจิต จันทรภูมิ 2550: 84)

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg

Lawrence Kohlberg ผู้สนใจความประพฤติถูก ผิด ดี ชั่ว ของมนุษย์ ทฤษฎีนี้ได้ชื่อว่าเป็นทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรม (Moral Development Theory) กล่าวถึงการพัฒนาการ

ทางจริยธรรมของบุคคล โดยมีการแบ่งเป็น 3 ระดับ (Levels) แต่ละระดับแบ่งออกเป็น 2 ชั้น รวมทั้งหมด 6 ชั้นคำอธิบายของแต่ละระดับมีดังต่อไปนี้

1. ระดับก่อนกฎเกณฑ์สังคม (Preconventional Morality) ในขั้นนี้บุคคลจะได้รับกฎเกณฑ์และข้อกำหนดของพฤติกรรมที่ดี-ไม่ดี จากผู้มีอำนาจเหนือตน และมักคิดถึงผลที่จะตามมาที่จะนำรางวัลหรือลงโทษมาให้ ในระดับนี้ ระดับนี้บุคคลจะปฏิบัติต่อกฎเกณฑ์หรือข้อกำหนดที่ตั้งขึ้น บุคคลจะเลือกปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ระดับนี้แบ่งเป็น 2 ชั้นคือ

ขั้นที่ 1 การถูกลงโทษและการเชื่อฟัง (Punishment and Obedience Orientation) เป็นการให้เหตุผลตามของพฤติกรรมเป็นเครื่องชี้ว่าพฤติกรรมถูกหรือผิด เป็นต้นว่าถ้าถูกทำโทษก็จะคิดว่าสิ่งที่ทำหลักการหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษ เชื่อฟังเพราะกลัวถูกลงโทษ หรือเป็นการยอมทำโดยไม่มีเงื่อนไข

ขั้นที่ 2 กฎเกณฑ์เป็นเครื่องมือเพื่อประโยชน์ของตน (Individualism and exchange) บุคคลจะสนใจทำตามกฎข้อบังคับเพื่อประโยชน์หรือความพอใจของตนเอง หลักการแสวงหารางวัล เป็นการจูงใจที่ดีกว่าการถูกลงโทษ

2. ระดับจริยธรรมตามกฎเกณฑ์ (Conventional Morality) พัฒนาการระดับนี้บุคคลประพฤติตามความ คาดหวังของคน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น บุคคลจำดำรงจริยธรรมไว้ตามความคาดหวังของคนที่เป็นที่รัก เช่นบิดา มารดา ครอบครัว จะมีทัศนคติที่ดีในการดำรงจริยธรรมไว้ แบ่งเป็น

ขั้นที่ 3 ความคาดหวังและการยอมรับในสังคมสำหรับคนดี (Interpersonal Relationships) เป็นพฤติกรรมของคนดีตามมาตรฐานหรือความคาดหวังของผู้อื่น การกระทำเพื่อรักษาสัมพันธภาพที่ดี เป็นการแสดงพฤติกรรมเพื่อต้องการให้ผู้อื่น ชอบและยอมรับ การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้อื่นพอใจ

ขั้นที่ 4 กฎและระเบียบ (Maintaining Social Order) ในขั้นนี้ถือว่าสังคมจะอยู่ได้ด้วยความเรียบร้อยต้องมีกฎข้อบังคับ กฎหมาย คนที่มีพฤติกรรมถูกต้องคือต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ เคารพกฎหมายเพื่อรักษาระเบียบของสังคม

3. ระดับเหนือกฎเกณฑ์ทางสังคม (Postconventional Morality) จริยธรรมระดับนี้มาจากวิจรรณญาณ ปราศจากอิทธิพลของผู้มีอำนาจเหนือกว่า หรือกฎเกณฑ์ของสังคม ซึ่งแบ่งจริยธรรมระดับนี้เป็น 2 ชั้นคือ

ขั้นที่ 5 สัญญาสังคมหรือหลักการทำตามสัญญา (Social Contract and Individual Rights) ในขั้นนี้เป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวม การไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น มีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามค่านิยม มาตรฐานของสังคม

ขั้นที่ 6 หลักการคุณธรรมสากล (Universal Principles) ขั้นนี้เป็นขั้นสุดท้ายของการพัฒนาจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg เป็นหลักการเพื่อนุชยธรรม จริยธรรม และความมีเหตุผล เป็นมโนธรรมของบุคคลโดยไม่ต้องใช้กฎหมาย หรือการตั้งกฎเกณฑ์ซึ่งทฤษฎีของ Kohlberg นำมาใช้ประยุกต์ในวิชาชีพพยาบาล โดยแบ่งระดับจริยธรรมได้เช่นเดียวกันเช่น พยาบาลระดับ1 พยายามปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงการลงโทษโดยทำตามคำสั่งของแพทย์หรือผู้บังคับบัญชาทุกอย่าง นอกเหนือจากนั้นไม่สนใจ เป็นต้น

2.2.2 ความสำคัญของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับความรู้สึกละเอียดและชีวิตมนุษย์ ผู้มารับบริการมักคาดหวังว่าพยาบาลเป็นผู้ที่เปี่ยมคุณธรรม มีจริยธรรมในการประกอบอาชีพ เพราะถ้าพยาบาลทำงานโดยขาดคุณธรรมแล้วนั้นก็เป็นการทำหน้าที่ดูแลเฉพาะร่างกายของมนุษย์เท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการได้เลย จริยธรรมมีความสำคัญต่อพยาบาลตามความเห็นของ อภิวัธน์ ได้ให้ความคิดเห็นไว้คือ เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบในฐานะผู้นำด้านสุขภาพ หน้าที่หลักที่พึงกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ในสังคมคือการดูแลสุขภาพประชาชนครบทั้ง 4 มิติ ฉะนั้นพยาบาลควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในการรักษาสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อถือให้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการตอบสนองสังคมในด้านการได้รับความเคารพนับถือจากสังคม เนื่องจากสังคมคาดหวังจากพยาบาลในการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่ง Ketefian (1989) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมทางจริยธรรมเพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ทางจริยธรรม แบ่งเป็น 2 มิติ คือเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักวิชาชีพ และมิติที่สองเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามประสบการณ์ ดังนั้นการที่จะสร้างความเชื่อถือ การรักษาชื่อเสียงได้แก่วิชาชีพนั้นต้องสร้างจากกลุ่มบุคคลและต้องใช้ระยะเวลา ทีมพยาบาลควรมีความยึดมั่น ถือมั่นในการสร้างสมชื่อเสียงและให้ผู้รับบริการเชื่อถือเคารพต่อไป เป็นการตอบแทนสังคม พยาบาลต้องถือเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม จริยธรรมเสมือนเป็นรั้วป้องกันวิชาชีพ พยาบาลได้รับการปลูกฝังให้มีจริยธรรมนับตั้งแต่เริ่มเข้าเป็นนักเรียนพยาบาล จนก้าวเข้าสู่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลควรมีความตระหนักในการมีจริยธรรม ควรมีความรักในวิชาชีพ พยาบาลควรทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ใช้ปัญญาในการแสวงหาความรู้ และประพฤติปฏิบัติที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการให้มากที่สุด มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและอุทิศตนเพื่อวิชาชีพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่ทำกุศลให้กับสังคม การแสดงความปรารถนาดี การมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ จะส่งเสริมให้บุคคลผู้ที่มีความเบิกบานในจิตใจ การมีจริยธรรมจึงมีประโยชน์ทั้งผู้ให้และผู้รับ พยาบาลควรมีความยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพทั้งต่อตนเอง วิชาชีพตนเอง เพื่อนร่วมวิชาชีพ ต่อ

สังคม ประชาชนและที่สำคัญต่อประเทศชาติ การประพฤติดตามจรรยาบรรณเป็นหลักในการประพฤติดของพยาบาลเพื่อเป็นการรักษามาตรฐานของวิชาชีพต่อไป (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ 2547) จากความสำคัญดังกล่าว สภาการพยาบาลได้ประกาศเรื่องของการมีจริยธรรมของพยาบาลไว้ในเรื่องมาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ (สภาการพยาบาล 2548) ไว้ในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery practice practice standard) ซึ่งได้กล่าวเรื่องจริยธรรมไว้ในมาตรฐานที่ 2 ว่าด้วยเรื่องการรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาวิชาชีพ

แนวคิดและความหมายการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในยุคปัจจุบัน ซึ่งมีการพัฒนาการแพทย์และการพยาบาลมากขึ้น พยาบาลควรเป็นผู้ใฝ่รู้เพื่อมีองค์ความรู้ไว้ประกอบการตัดสินใจ ต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานได้คุณภาพ เกิดความพึงพอใจผู้รับบริการแลองค์กร พยาบาลต้องใช้สติปัญญาในการพิจารณาไตร่ตรอง การวิเคราะห์เหตุและผล การมีวิจารณญาณในการทำงาน เพื่อประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้อง ซึ่งการตัดสินใจคือการกระทำที่เกิดจากกระบวนการคิด ไตร่ตรอง โดยพิจารณาจากหลายๆแนวคิด แล้วมีการไปประเมินผล (ธัสมน นามวงษ์ 2540) เป็นการเลือกเพื่อปฏิบัติตามแนวทางเลือกนั้นๆ (Swansburg & Swansburg, 1995) และเลือกการดำเนินการที่คิดว่าดีที่สุดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545) ซึ่งการตัดสินใจมีความสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพของการทำงานของพยาบาล จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตัดสินใจ คุณภาพของการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบในความสำเร็จ ยิ่งในภาวะปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆมีความก้าวหน้า เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน การตัดสินใจจึงต้องอาศัยหลักการและอาศัยข้อมูลต่างๆเพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างมีระบบ จึงจะทำให้เกิดงานที่มีคุณภาพ

สรุปได้ว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ดูแลชีวิตทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลแต่ละคนจะมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้นต้องผ่านกระบวนการในการพัฒนาจริยธรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาการตัดสินใจที่ถูกต้อง

2.3 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลต้องผ่านการตัดสินใจในการปฏิบัติงานเพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งทางเลือกที่เลือกต้องอยู่ภายใต้การปฏิบัติได้จริง ซึ่งภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมที่ปรากฏอยู่ หนึ่งมีผู้เสนอกระบวนการตัดสินใจไว้หลายท่าน ผู้วิจัยขอเสนอพอสังเขป คือ

กระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (1) ขั้นตอนการเข้าใจสถานการณ์ผู้ที่ต้องตัดสินใจต้องพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ต่างๆ มีการรวบรวมข้อมูลที่

เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อการเข้าใจปัญหานั้นๆ การคาดการณ์ล่วงหน้าโดยการประมวลข้อมูลทั้งหมด นำมาเชื่อมโยงทำให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้ (2) ขั้นตอนการกำหนดปัญหาให้ถูกต้องชัดเจน ในการกำหนดปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพื่อนำไปสู่กระบวนการอื่นๆ ได้ ถ้ากำหนดปัญหาได้ถูกต้องจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องได้เร็วขึ้น และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง อุปสรรคที่พบในการกำหนดปัญหาคือแนวความคิดในการแก้ปัญหาของแต่ละคนไม่เหมือนกันทำให้เกิดความขัดแย้งในการแก้ปัญหา นำวิธีการแก้ปัญหามากำหนดเป็นปัญหาเสียเอง ทำให้ทางแก้ปัญหาน้อยลง และประการสุดท้ายคือ ไม่กำหนดปัญหาให้ชัดเจนเนื่องจากเวลาในการแก้ปัญหาจำกัด ทำให้ไม่ได้แก้ไขปัญหาที่แท้จริง (3) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ทำให้ช่วยในการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น วิธีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหามีด้วยกันหลายวิธี เช่น การระดมสมองของทุกคนในหน่วยงาน มีการรวบรวมปัญหาแล้วนำมาวิเคราะห์ที่ละปัญหา หรือการศึกษาจากกรณีศึกษาหรือเอกสาร ตำราต่างๆ ควรมีการมองปัญหาให้รอบด้าน โดยไม่ยึดติดกับแนวคิดเดิมๆหรือมีอคติกับปัญหาหรือแนวคิดในการแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการในการคิดหาสาเหตุปัญหาที่แท้จริง มี 2 แนวทางคือ การคิดนอกกรอบคือการหาสาเหตุหลายวิธี และการหาสาเหตุหลักๆแล้วค่อยหารายละเอียดว่าเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (4) การหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้ว ต้องพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด โดยกำหนดเป็น 2 ขั้นตอน คือการคิดหาวิธีการแก้ปัญหา โดยหาจำนวนวิธีการแก้ปัญหา โดยใช้วิธีระดมสมอง โดยใช้เวลาในการประชุมร่วมกัน 30-60 นาที สามารถกำหนดแนวทางได้โดยการกระตุ้นให้ทุกคนออกความเห็น โดยให้ความสำคัญกับทุกความคิดและเชื่อมโยงออกมาเป็นความคิดใหม่ มีการคิดนอกกรอบและไม่วิจารณ์ความคิดของบุคคลอื่น และ การกำหนดกลุ่มวิธีแก้ปัญหาคือดีที่สุด โดยใช้แนวทางระดมสมองตามแนวทางที่กล่าวมาแล้ว (5) การเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด เมื่อได้กำหนดกลุ่มวิธีแก้ปัญหาคือดีที่สุด ต้องตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ปัญหา ซึ่งกำหนดทางเลือก 3 ทางเลือกคือ (1) เลือกทางใดทางหนึ่ง (2) หาวิธีใหม่ (3) ไม่เลือกวิธีใด ปล่อยให้ตามสถานการณ์ ซึ่งการตัดสินใจเลือก ต้องคำนึงถึงผลดี ผลเสียและผลกระทบ เพราะมีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของเรื่องนั้น (6) การวางแผนและนำแผนไปปฏิบัติเป็นการกำหนดไว้เพื่อให้รู้ว่าใครจะทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และต้องใช้งบประมาณเท่าใด เพื่อให้มองเห็นภาพการดำเนินงานว่าใครจะได้ประโยชน์ เสียประโยชน์ มีบุคคลใดเกี่ยวข้อง และนำไปปฏิบัติ ที่สำคัญควรทำแผนฉุกเฉินไว้ด้วย และ (7) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติการดำเนินงานทุกประเภท ควรมีการประเมินผลหลังการทำงาน การตัดสินใจในเรื่องต่างๆก็เช่นเดียวกัน ควรมีการประเมินโดยประกอบด้วยติดตามกระบวนการทำงาน การหาอุปสรรคในการทำงาน การประเมินการ

แก้ปัญหา การปรับปรุงการแก้ปัญหา และสุดท้ายคือการรายงานสรุปผลการแก้ปัญหานั้นๆ (สุดา รักไทย ธานีกันต์ มาฆะศิรินันท์ 2542 อ้างถึงใน นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 218-229)

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) การรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นการรวบรวมปัญหา (2) การวินิจฉัยปัญหาเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (3) การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจเพื่อเปรียบเทียบผลดี ผลเสียในแต่ละทางเลือกนั้น (4) การตัดสินใจปฏิบัติ เป็นการเลือกแนวทางที่ดีที่สุด (5) การสรุปประเมินผลผลของการปฏิบัติ (ธัสมน นามวงษ์ 2540)

จากแนวคิดที่กล่าวมา ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการตัดสินใจ 5 ขั้นตอนของคุณธัสมน นามวงษ์ มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรม เนื่องจากเป็นกระบวนการที่กระชับ สามารถทำให้เกิดการตัดสินใจได้ครอบคลุมกับการปฏิบัติงานจริง

2.3.1 เกณฑ์วัดคุณภาพการตัดสินใจ

ลักษณะการตัดสินใจที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ อธิบายความเป็นมาขั้นตอนได้ทุกขั้นตอน คาดการณ์ผลที่จะตามมาได้ และควรมีการบันทึกรายงานเหตุการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจต่างๆ ไว้ เพื่อเป็นข้อมูล กันลืมเหตุการณ์ต่างๆ เก็บเป็นกรณีศึกษา และเพิ่มคุณค่าการตัดสินใจและทำให้ผู้ตัดสินใจใช้เหตุผลในการตัดสินใจมากขึ้น เนื่องจากผลของการแก้ปัญหาทุกปัญหาย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง กระบวนการแก้ปัญหาในการเลือกปฏิบัติควรมีการบันทึกและเก็บไว้ให้เป็นระบบ

2.3.2 **หลักการสำคัญในการตัดสินใจ** เพื่อให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีหลักการในการตัดสินใจดังนี้ การมีข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจอย่างเพียงพอ การพิจารณาสภาพแวดล้อมประกอบการตัดสินใจในขณะนั้น ปัญหาแต่ละเรื่องควรแยกจากกัน เพื่อให้สะดวกในกระบวนการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาด้วยความวิริยะ อุตสาหะ ไม่ท้อแท้ต่ออุปสรรค เพื่อให้ได้หนทางในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ให้ความเวลาในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา ไม่เร่งด่วนในการแก้ปัญหา เพื่อการค้นพบปัญหาอย่างแท้จริงไม่ควรมีความกังวลในเรื่องอื่นๆระหว่การแก้ปัญหาที่มีความมั่นคงในการแก้ปัญหา ไม่หวั่นไหวต่อการคัดค้าน การตัดสินใจควรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนร่วมมากที่สุดไม่ควรขัดต่อนโยบาย วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมของสังคม ควรวางแผนงานล่วงหน้าเสมอในยามคับขันไม่ควรตัดสินใจใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดสินใจที่ผิดพลาด รับฟังความคิดเห็นของแต่ละคนด้วย การตัดสินใจควรทำเฉพาะเรื่องที่สำคัญๆ มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจบางเรื่องให้กับผู้เกี่ยวข้อง

2.3.3 **ประเภทของการตัดสินใจ** สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือการตัดสินใจด้วยคนเดียว มักเป็นกิจกรรมที่ไม่กระทบต่อคนจำนวนมาก มักใช้ในภาวะเร่งด่วน เพื่อความ

รวดเร็ว ผู้ตัดสินใจควรมีประสบการณ์สูง ซึ่งจะประสบผลสำเร็จในการตัดสินใจ ซึ่งการปฏิบัติงานปกติของพยาบาลมักใช้การตัดสินใจประเภทนี้อยู่เสมอ และการตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นตัวแทนขององค์กร การตัดสินใจประเภทนี้ใช้กับกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนจำนวนมาก หรือผลกระทบในวงกว้าง ซึ่งผลดีคือ การได้ข้อมูลที่หลากหลายจากกลุ่มบุคคล ได้ความร่วมมือ และการยอมรับจากกลุ่มบุคคลที่ของความคิดเห็น การได้ข้อมูลจากกลุ่มบุคคลทำให้มีการถกเถียงกัน ได้ความถูกต้องและความคิดสร้างสรรค์ และทำให้บุคคลมีการฝึกการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ส่วนผลเสียคือการใช้เวลามากเนื่องจากต้องอาศัยประสานความคิดเห็นของกลุ่ม อาจนำไปสู่การแตกแยกได้ ในแง่ความแตกต่างทางความคิด และอาจขาดคนรับผิดชอบเนื่องจากไม่กำหนดหน้าที่ที่เด่นชัด

2.3.4 เทคนิคในการตัดสินใจ มีหลายวิธี ซึ่งอาจนำมาผสมผสานเนื่องจากปัญหาบางอย่างใช้วิธีเดียวอาจไม่ได้ประสิทธิภาพ เทคนิคที่นิยมใช้กันมากได้แก่ การใช้สัญชาตญาณ (Intuition) เป็นการตัดสินใจในระยะเร่งด่วน โดยอาศัยความรู้สึกของผู้ตัดสินใจ ยึดข้อเท็จจริง (Fact) การมีข้อมูลสนับสนุนทำให้การตัดสินใจนั้นน่าเชื่อถือ ยึดประสบการณ์ (Experience) เป็นการใช้ดุลยพินิจส่วนตัวในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่ใช้กับปัญหาที่เคยประสบมาแล้ว เป็นการตัดสินใจตามแนวการตัดสินใจเดิมใช้วิธีการวิจัย (Operations Research) เป็นการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลทางสถิติ เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานแต่ละวิธีการจำลองสถานการณ์ (Simulation) เป็นการเลียนแบบการตัดสินใจในผลสำเร็จครั้งก่อน วิธีการสร้างความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) เป็นการระดมสมอง (Brainstorming) เพื่อเป็นการรวมความคิด วิธีนี้อาจจะเสียเวลา ค่าใช้จ่าย แต่คุ้มค่า เป็นวิธีที่ส่งผลถึงการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Participative Decision Making) ในการปฏิบัติจริงบางครั้งใช้การรีรอ (Delay Tactics) ในการประวิงเหตุการณ์ ทำให้เหตุการณ์คลี่คลายไปเอง ซึ่งบางครั้งเป็นเรื่องบังเอิญหรือการตัดสินใจพหุภาคี (Decision Tree) เป็นการตัดสินใจจากการทำนายผลของการตัดสินใจแล้วนำมาเรียงลำดับ การตัดสินใจประเภทนี้จะช่วยเชื่อมโยงการกระทำที่เป็นไปได้ในแต่ละครั้งเหมือนกับต้นไม้ส่วนมอนติ คาร์โล (Monte Carlo) เป็นการตัดสินใจโดยใช้ความน่าจะเป็น เป็นการลองผิดลองถูก ทฤษฎีการเข้าคิว เป็นการจัดลำดับงานตามกำหนดตารางเวลา เพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น ทฤษฎีเกม (Game) เป็นทฤษฎีที่ใช้เมื่อบริการมีปัญหาการแข่งขัน ผู้ตัดสินใจต้องมีประสบการณ์และข้อมูลเพียงพอในการแก้ปัญหาโดยตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและนำวิธีการทางคณิตศาสตร์มาช่วยแก้ปัญหา (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545)

2.3.5 องค์ประกอบของการตัดสินใจ ประกอบด้วย การตัดสินใจอาจเป็นบุคคลคนเดียวหรือเป็นกลุ่มบุคคล ซึ่งมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันคือ ตัดสินใจคนเดียวมีความเป็นอิสระการตัดสินใจกลุ่มต้องปรับแนวคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อลดการขัดแย้ง ซึ่งมีปัจจัยสนับสนุนคือ

ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่การงาน และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีการกำหนดเป้าหมายในการตัดสินใจให้ชัดเจน เพื่อดูโอกาสสำเร็จว่าง่ายหรือยากแนวทางในการแก้ปัญหาอาจมีหลายทางเลือก ควรมีข้อมูลไว้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อการตัดสินใจได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น การตัดสินใจที่อาจมีความเสี่ยงคือโอกาสที่เกิดอันตราย จะทำให้การตัดสินใจทำได้ยากขึ้นการตัดสินใจที่เกิดคุณค่า ถ้าตัดสินใจโดยบุคคลคนเดียว การตัดสินใจก็จะง่ายขึ้น การพิจารณาด้วยบุคคลหลายคน มักจะยุ่งยากกว่าเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ต่อปัญหาที่ต่างกัน ค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมในการตัดสินใจต้องคิดอย่างสร้างสรรค์ ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งในปัจจุบันและอนาคต (สมพร เฟื่องจันทร์ 2540 อ้างถึงในนิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545 : 229-230)

2.3.6 การตัดสินใจควมมีประสิทธิภาพของการตัดสินใจ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจควมมีประสิทธิภาพการตัดสินใจอยู่ 2 ประการคือ คุณภาพของการตัดสินใจและการยอมรับการตัดสินใจซึ่งคุณภาพของการตัดสินใจ มีองค์ประกอบหลายด้านเช่น การมีข้อมูลที่มีสนับสนุนการตัดสินใจนั้นน่าเชื่อถือแค่ไหน ผู้ที่ตัดสินใจมีพฤติกรรม และค่านิยมอย่างไร สามารถรับรู้ปัญหาและมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร เกณฑ์ในการวัดคุณภาพต้องตอบคำถามในทุกขั้นตอนการตัดสินใจได้ การตัดสินใจต้องมีมาตรฐาน มีข้อมูลประกอบเป็นลายลักษณ์อักษร มีกระบวนการตัดสินใจด้วยเหตุผลเพื่อเป็นการประกันคุณภาพของการตัดสินใจนั้นๆ ในองค์ประกอบสุดท้ายคือต้องมีการประเมินผลลัพธ์ของการตัดสินใจทุกครั้ง เพราะการตัดสินใจที่มีคุณภาพจะต้องให้ประโยชน์มากกว่าเสียผลประโยชน์ส่วนการยอมรับการตัดสินใจ ในการตัดสินใจที่มีคุณภาพ ต้องได้รับการยอมรับจากกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจนั้นๆด้วย

2.3.7 ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจ ประกอบด้วย การขาดข้อมูลที่เพียงพอสำหรับผู้ตัดสินใจ ในคุณลักษณะของผู้ตัดสินใจที่ขาดประสบการณ์ หรือมีความระมัดระวังในการตัดสินใจมากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง การคาดการณ์ที่ไม่ถูกต้อง และการมีปัจจัยแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเช่นงบประมาณ เวลาจำกัด และการถูกอิทธิพลครอบงำ ล้วนเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจทั้งสิ้นปัญหาเกิดขึ้นเสมอในการทำงาน พยาบาลทำงานภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาต่างๆต้องอาศัยการตัดสินใจที่มีคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลของการตัดสินใจที่มีประสิทธิผล การแก้ปัญหาควรมีความเข้าใจว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไรเสียก่อน จึงจะสามารถไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาได้ หลักสำคัญในการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาต่างๆในหน่วยงาน พยาบาลต้องตัดสินใจการแก้ปัญหาโดยพิจารณาปัญหานั้นๆว่ามีความสำคัญมากน้อยเพียงใด โดยการประเมินปัญหา มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ พยาบาลที่เป็นผู้บริหารควรตระหนักถึงผลของการตัดสินใจว่าอาจไม่ได้ผลดีทั้งหมด ฉะนั้นควรพิจารณาการส่งผลของการตัดสินใจแต่ละครั้งให้ดีที่สุด

2.3.8 การตัดสินใจในองค์การพยาบาล มี 3 ด้านคือ (1) การตัดสินใจในงานด้านปฏิบัติการพยาบาลถือว่าการตัดสินใจในระดับต่ำสุด ซึ่งถือเป็นการตัดสินใจที่ง่าย รวดเร็ว เนื่องจากเป็นการตัดสินใจในการปฏิบัติงานประจำ โดยบุคคลคนเดียว ซึ่งการตัดสินใจอยู่ภายใต้ขอบเขตการศึกษาที่พยาบาลได้ศึกษามา แต่ในบางครั้งพยาบาลไม่กล้าตัดสินใจภายใต้ขอบเขตของตน ผู้บริหารต้องนำมาพิจารณาว่าจากสาเหตุใดที่ทำให้พยาบาลไม่กล้าตัดสินใจในงานหน้าที่ของตน ต้องอาศัยแพทย์ หัวหน้าหน่วยงานในการตัดสินใจให้ มีปัจจัยด้านใดเช่น การขาดความรู้ ประสบการณ์ ไม่มีสถานการณ์ในประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาได้ฝึกการแก้ไขหรือการขาดความมั่นใจ การขาดโอกาส ซึ่งการตัดสินใจที่ดีมีประสิทธิภาพนั้นเป็นทักษะที่ต้องฝึกฝน เพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่เป็นเลิศ การแก้ปัญหาพยาบาลไม่กล้าตัดสินใจ จะต้องเริ่มตั้งแต่นักศึกษาพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การนิเทศของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลวิชาชีพที่มีการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพทำให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพ ซึ่งการที่จะสามารถตัดสินใจได้ต้องมีความรอบรู้ในวิชาชีพ เช่นคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล บทบัญญัติทางกฎหมายวิชาชีพพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในงานปฏิบัติการพยาบาล

1) **บุคคล** ในการตัดสินใจในงานพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลได้แก่พยาบาล ผู้ป่วย ญาติรวมทั้งบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความเชื่อ ค่านิยม รวมทั้งประเพณีที่ต่างกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ พยาบาลต้องมีการเตรียมพร้อมที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ โดยมีการเตรียมพยาบาลเช่น การมีทัศนคติที่ดีต่อการแก้ปัญหา การชวนขยายหาความรู้ใหม่เพิ่มเติม เป็นต้น

2) **สถานที่** ซึ่งได้แก่โรงพยาบาล หน่วยงานต่างๆ ซึ่งพยาบาลต้องศึกษากฎระเบียบ และนโยบายต่างๆเพื่อเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยในการตัดสินใจ หัวหน้าหน่วยงานควรมีหน้าที่ในการให้พยาบาลได้ฝึกและอบรมการตัดสินใจ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545)

2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในปัจจุบันมีการกล่าวถึงและได้รับการอภิปรายมากขึ้น ในสิทธิการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับตนเองในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งทำให้เป็นที่ถกเถียงในวงการสาธารณสุขในฐานะผู้ให้การรักษาพยาบาล ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในกฎหมายดังกล่าว ในฐานะพยาบาลคงไม่สามารถละทิ้งใน

การพยาบาลแม่ผู้ป่วยจะแจ้งความจำนงในกฎหมายดังกล่าวแล้ว ยังคงให้การพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุข แต่ขอนำมากล่าวเพื่อให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนา

ประเด็นที่น่าสนใจในกฎหมายนี้ซึ่งคือกฎหมายมาตรา 12 ก็คือการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ด้วยแนวคิดนี้ก่อให้เกิดคำว่า Living will หรือหนังสือเจตนาในการรักษาพยาบาล หรือ พินัยกรรมชีวิต

2.4.1 ความหมายของหนังสือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

หนังสือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ในแต่ละประเทศใช้คำแตกต่างกันแต่มีความหมายเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศอังกฤษ ใช้คำว่า Advance decisions ประเทศอเมริกาใช้คำว่า Health care advance directive ประเทศสิงคโปร์ใช้คำว่า Advance medical directive แม้จะใช้คำอย่างไร แต่ก็ยังคงความหมายคือ เป็นเอกสารทางกฎหมายที่บุคคลทำขึ้นเพื่อแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดความตาย โดยให้มีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงได้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ได้ถือว่าเป็นการเร่งความตาย และใช้เป็นแนวทางให้กับแพทย์ โดยไม่ใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่ยังมีกรดูแลแบบประคับประคอง คือมีการบรรเทาความเจ็บปวด และให้ได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส 2552)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในความคิดเห็นของวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2553) ได้กล่าวถึงการปฏิเสธการรักษา ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ดังนี้ ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ นิกาย Jehovah's Witness เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ปฏิเสธการรักษาโดยการใช้เลือดเนื่องจากขัดกับหลักกับศาสนา ซึ่งในประเทศไทยมีผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายดังกล่าวอยู่เป็นพันๆคน เพื่อไม่ให้ขัดกับจริยธรรมของแพทย์ในไทยจึงมีการทำหนังสือหรือ ไปที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หาแนวทางปฏิบัติได้คือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงถึงชีวิต สามารถทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้ แต่ถ้าในกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงถึงชีวิต การทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ให้ถือว่าแพทย์อาจมีความผิดตามมาตรา 374 อีกทั้งเป็นการฝ่าฝืนจริยธรรมด้วย แต่ในสหรัฐอเมริกา ศาลให้ยอมรับการตัดสินใจสิทธิส่วนบุคคลนั้น แต่ให้เฉพาะในผู้ใหญ่เท่านั้น ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็ก บิดามารดาไม่มีสิทธิปฏิเสธการรักษาแทนบุตร และถ้าแพทย์ไม่ปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ อาจเป็นความผิดทางแพ่งฐานละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ในปัจจุบันที่เทคโนโลยีก้าวทันสมัย มีเครื่องช่วยชีวิตมนุษย์ แต่จำนวนไม่น้อยไม่สามารถอยู่ในสภาพปกติได้ อยู่ในสภาพที่เรียกว่า Persistent Vegetative State หรือมีชีวิตแบบพืชหรือผักถาวร บางคนถือว่าเป็นการลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงมีปัญหาด้านจริยธรรมเกิดขึ้นว่าบุคคลมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาโดยใช้เครื่องพยุงชีวิตเพื่อนำไปสู่การตายอย่างสงบ มีการฟ้องร้องเรียกร้องสิทธิที่จะตายมากขึ้น ตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ในอเมริกามีการออกกฎหมายดังกล่าวในมลรัฐ

ต่างๆ เรียกว่า Living Will หรือ the Right to die Laws หรือ Natural Death Act ในกฎหมายดังกล่าวยังกำหนดตัวแทนเรียกว่า Health Care Proxy ให้สามารถทำการแทนผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนักไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งในปี ค.ศ.1991 เรียกกฎหมายฉบับนี้ว่า The Patient Self-Determination Act กฎหมายนี้ยังครอบคลุมให้บุคลากรด้านการแพทย์ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชนให้ทราบสิทธิที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยหนังสือเรียกว่า Advance Directive กลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป เช่นประเทศฝรั่งเศส เบลเยียมและอื่นๆ ได้พัฒนากฎหมายการปฏิเสธการรักษามากขึ้นเช่นกันสำหรับมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 ที่บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ” กฎหมายที่กำหนดนี้จุดประสงค์เช่นเดียวกับกฎหมายต่างประเทศ แม้จะพัฒนาหลังอเมริกาไม่น้อยกว่า 30 ปีและหลังยุโรปเกือบ 20 ปีซึ่งสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้เพื่อคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขทั้งหลาย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 2552: 123-141)

2.4.2 ตัวอย่าง Living Will ในต่างประเทศและประเทศไทย

1) ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ประเทศหนึ่ง ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวจีน มีวัฒนธรรมใกล้เคียงกับคนไทย กฎหมายชื่อ Advance Medical Directive Act (1996) เป็นกฎหมายที่อนุญาตให้คนสิงคโปร์สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ผู้ป่วยจะต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์ และเป็นความสมัครใจของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยต้องมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ และมีสติสัมปชัญญะ ต้องมีการกรอกแบบฟอร์มโดยมีพยานอย่างน้อย 2 คน พยานคนหนึ่งต้องเป็นแพทย์ พยานอีกคนหนึ่งต้องเป็นผู้มีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ หลังจากนั้นต้องมีการส่งเอกสารนี้ไปให้นายทะเบียนที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อบันทึกข้อมูล

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถรับแบบฟอร์มจากสถานพยาบาลทั่วไป โดยต้องทำกับแพทย์ มีการเสียค่าธรรมเนียมเล็กน้อย กรณีที่แพทย์บางคนไม่เห็นด้วยกับหนังสือ AMD จะต้องไปแจ้งความจำนงกับนายทะเบียนเพื่อปฏิเสธการเป็นพยานได้ หลังจากหนังสือ AMD ได้รับความเห็นชอบแล้ว ผู้ทำหนังสือจะได้รับแจ้งว่ามีผลตามกฎหมาย

ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับหนังสือ AMD แพทย์ต้องเคารพเจตนาของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดในเรื่องดังกล่าว ผู้ป่วยจึงควรแจ้งให้สมาชิกใน

ครอบครัวได้ทราบความประสงค์ของตนเอง เมื่อผู้ทำหนังสือป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล โดยปกติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักไม่ถามว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือไว้หรือไม่เนื่องจากถือว่าเป็นความลับของผู้ป่วย จนกว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงจะมีการตรวจสอบไปที่สำนักงานจดทะเบียน (กระทรวง สาธารณสุขประเทศสิงคโปร์2011)

2) ประเทศอังกฤษ

ในประเทศอังกฤษมีสาเหตุการตายส่วนใหญ่คือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคความจำเสื่อม ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล เดิมอังกฤษยังไม่มีกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนา กำหนดวิธีการรักษาล่วงหน้าเรียกว่า Advance directives หรือ living will ต่อมา มีกฎหมายชื่อ Mental Capacity Act 2005 ซึ่งมีผลบังคับในอังกฤษและแคว้นเวลส์เมื่อพ.ศ. 2550 มีกำหนดไว้ว่าผู้ทำหนังสือต้องมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ มีความสามารถตามกฎหมาย ทำหนังสือด้วยความสมัครใจ ไม่ถูกบังคับ ผู้ที่จะเป็นพยานอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจก็ได้ แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ทำตามเจตนาของผู้ป่วยให้ถือว่ามีความผิดอาจถูกฟ้องร้องค่าเสียหาย และถูกดำเนินคดีทางอาญา (WWW.direct.gov.uk/en/Governmentotizensandrights/Death/Preparation/DG_100296, Retrieve 7/22/2011)

3) ประเทศไทย

กฎหมายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทย เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับคนไทย ซึ่งควรทำความเข้าใจความหมายของข้อความในมาตรา 12 คือ “หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่าหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคลที่ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”

“วาระสุดท้ายของชีวิต ” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรค ที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทั่วไปในทางวิชาชีพเห็นว่า ภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่นาน และให้รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย

เมื่อมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับความหมายของคำต่างๆระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการจะทำให้มีความชัดเจนในการทำตามประสงค์ของผู้รับบริการ ไม่เกิดการฟ้องร้องกันขึ้น ซึ่งหนังสือแสดงเจตนาควรระบุชื่อสกุล อายุ บัตรประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วันเดือนปี ที่ทำหนังสือ พยาน ระบุเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการ ผู้ทำการแทน และสุดท้ายคือลายมือชื่อผู้ทำหนังสือ กรณีทำหลายฉบับให้ถือฉบับสุดท้ายเป็นสำคัญ การจะทำหนังสือสามารถทำได้ทุกที่ แต่

ในรายละเอียดของหนังสือควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเพราะเป็นผู้รู้รายละเอียดของผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้ป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2548) ผู้ป่วยหรือผู้เก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาต้องแสดงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ผู้ให้บริการตรวจความถูกต้องแล้วเก็บรักษาเพื่อดำเนินการได้ถูกต้อง และทบทวนกับผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หรือทบทวนกับผู้ดำเนินการแทนถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ต้องให้ผู้ป่วยพ้นสภาพตั้งครรภ์ก่อนจึงสามารถเข้ามาตรา 12 ได้ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส 2550: 133-141)

แนวคิดทางกฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการตายดี มีกฎหมายเกี่ยวข้องกับ ความตายแตกต่างจากกฎหมายการรณฆฆฆฆฆฆที่มีในประเทศเนเธอร์แลนด์หรือรัฐ Oregon ในอเมริกา ซึ่งเป็นการผิดศีลธรรมเนื่องจากเป็นกฎหมายที่เร่งการตายของผู้ป่วย ซึ่งจะไม่นำมากล่าวในที่นี้ ในทางการแพทย์การตายคือการไม่หายใจ หัวใจหยุดเต้น และไม่รู้สึกรู้ตัว การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ตายดี คือได้มีการวางแผนร่วมกัน เป็นการวางแผนล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือผู้ป่วยต้องเข้าใจคุณค่าและความปรารถนาที่แท้จริงของตนเองก่อน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติและผู้ให้บริการ โดยให้มีความเข้าใจตรงกันในข้อความ ปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก แนวทางในการร่วมกันวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยคำนึงถึง (1) ผู้ป่วยที่เหมาะสม ได้แก่ผู้ป่วยหมดหวัง ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยทางสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่เรื่อยๆ 2) ผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถ (3) การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ควรประเมินผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร (4) เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น ควรมีการพูดคุยก่อนเกิดปัญหาวิกฤต (5) ผู้เริ่มการคุยในเรื่องนี้ พิจารณาจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่มีต่อผู้ป่วย (6) ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญ ควรมีทักษะการฟังด้วย เพื่อการแสดงความรู้สึกร่วมกับผู้ป่วย (7) ประเด็นที่พูดคุยกัน ขึ้นกับผู้ป่วย ควรจะถามผู้ป่วยถึงตัวแทนผู้ป่วยด้วย เพื่อการตัดสินใจแทน และ (8) กรณีที่ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจในการพูดเรื่องความตายจะทำอย่างไร โดยเฉพาะในสังคมตะวันออก การพูดเรื่องความตายไม่ค่อยมีใครอยากเอ่ยถึง ควรมีการให้กำลังใจและมีการให้สติว่าวันหนึ่งผู้ป่วยก็ต้องมีการเตรียมตัวสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการร่วมกันวางแผนการรักษา เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยกลไกการสื่อสาร เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการรักษา เพื่อคู่เป้าหมายเดียวกันคือการรักษาที่เหมาะสมในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย (พรเลิศ นิตต์ 2552: 144-153)

กระบวนการในการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอนคือ(1) กระบวนการติดตามคุณค่าและความปรารถนาในตัวผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในตนเองก่อน มุมมองการเปลี่ยนแปลงจะมีการปรับเปลี่ยนได้เสมอ ซึ่งพยาบาลควรมีความเข้าใจในกระบวนการเหล่านี้ของผู้ป่วย (2) การสื่อสารความปรารถนานั้นสู่คนใกล้ชิด อาจใช้ในหลายลักษณะเช่นการสื่อสารด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นอาจมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติแทบทั้งสิ้น

การนำการร่วมกันวางแผนสู่การปฏิบัติต้องคำนึงหลายเรื่องได้แก่ (1) ผู้ป่วยต้องมีความเหมาะสม ได้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ (2) ผู้ป่วยที่ดูเสมือนไร้ความสามารถ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเลอะเลือน ลูกหลานไม่ควรตัดสินใจว่าไม่สามารถบอกอะไรได้ (3) การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ควรมีการประเมินเป็นเรื่อยๆ (4) ควรมีการพูดคุยปัญหาต่างๆก่อนมีภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย

การร่วมการวางแผนถือเป็นการผสมผสานในการดูแลทางการแพทย์ให้เข้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อหาความหมายในการดูแลร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร (แนวทางการใช้สิทธิในการตายดี สืบค้นวันที่ 8/2/2011 จาก

<http://www.thailiving.in.th/index.php?mo=3&art=282824>)

สำหรับ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การเชื่อมโยงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พยาบาลมีกระบวนการตัดสินใจ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ

2.5 การประเมินความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล นิยมใช้

2.5.1 เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ โดยการสร้างคำถามในสิ่งที่ต้องการวัดความรู้ ทักษะ และความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล คะแนนที่ได้สามารถจำแนกระดับความสามารถด้วยผลของคะแนน (เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์ 2539)

2.5.2 การวัดแบบอื่น โดยมีโครงสร้างการวัดเป็นแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Patient Management Problem) โดยใช้สถานการณ์จำลองปัญหาที่ยุ่งยากซ้ำซ้อนของผู้ป่วย (ได้แนวคิดมาจากแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจที่พัฒนาโดย Ketefian) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งในแต่ละสถานการณ์ของแบบวัด มีกิจกรรมพยาบาล 6-7 ข้อกำหนดกิจกรรมให้เลือก 2 อย่างคือ การเลือกปฏิบัติและไม่เลือกปฏิบัติ ภายใต้เงื่อนไขการเลือกกิจกรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและการเลือกตามประสบการณ์ (เพ็ญ ศรี รัก สละ 2539)

2.5.3 การใช้แบบแสดงเอ็มอีคิว (MEQ = The Modified Eassy Questions) เป็นแบบทดสอบที่เป็นลักษณะการนำเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ และมีการแทรกคำถามเป็นระยะๆ โดยคำตอบต้องมีพื้นฐานการปฏิบัติงานจริง ซึ่งต้องนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 4 ขั้นตอนมาใช้ (ทองสุข คำธนะ 2538) ซึ่งการใช้แบบทดสอบ MEQ ไม่มีการชี้แนะคำตอบเหมือนแบบเลือกตอบ เป็นคำถามปลายเปิด พยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยต้องตัดสินใจตอบคำถามภายในเวลาที่กำหนด ไม่สามารถทำข้อสอบที่ทำผ่านมาแล้ว ซึ่งสามารถทำให้วัดความรู้ ทักษะและเจตคติได้

3. แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.1 ความหมาย และความสำคัญของโปรแกรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.1.1 ความหมาย

โปรแกรม หมายถึงรายการของการกระทำ เช่น เรามักจะวางแผนกิจกรรมในวันหยุด ซึ่งถือว่าเป็นการวางโปรแกรม (<http://Kenessar.exteen.com>) ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้จัดกระทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งถือว่าเป็นการจัดโปรแกรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดย กระบวนการในการให้ความรู้ ความเข้าใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้สถานการณ์จำลองในห้องอบรม โดยเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลต้องตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรา 12 ซึ่งเป็นสิทธิในการรักษาเพื่อการตายดี การฝึกอบรมให้บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ (สิทธิศักดิ์ พุทษ์ปิติกุล 2542) ซึ่งการฝึกให้พยาบาลมีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสามารถตัดสินใจในการทำงานได้ด้วยตนเองซึ่งจากการศึกษาของเรดแมนและฟราย (Redman& Fry, 1998)พบว่าพยาบาลในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ใช้วิธีการปรับตัวในสถานการณ์ที่ขัดแย้งโดยการยอมรับ หรือปฏิบัติตามการตัดสินใจโดยบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ปฏิเสธการเข้าร่วมการแก้ปัญหา และการหนีออกจากปัญหา ในประเทศไทยพบว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลไม่เหมาะสม (วัฒนาวรรณ บุญกฤษ 2544)

3.1.2 ความสำคัญ

พยาบาลที่ได้รับการฝึกประสบการณ์จำลอง โดยใช้สถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญในการทำงานจะทำให้ได้ประโยชน์กับพยาบาลในสถานการณ์จริง ทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลสูงขึ้น (ศิริมา ทองดี 2549)

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) มี 7 แนวทางคือ (1) การทำบรรยากาศการเรียนรู้ให้สะดวกสบาย เหมาะสมกับผู้เรียน (2) การวางแผนร่วมกับกับผู้เรียน (3) การเรียนรู้ถึงความต้องการที่แท้จริง (4) การเรียนรู้ที่กำหนด วัตถุประสงค์ (5) การออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสม (6) การช่วยเหลือในการวางแผนและ (7) การประเมินผลการเรียนรู้ ผู้เรียนมีความก้าวหน้าของตนเอง ทั้งนี้เพื่อพัฒนาทักษะของผู้เรียน Adult learning ขึ้นกับความเชื่อ (assumptions) 5 ประการคือ (1) ผู้ใหญ่มีความเป็นอิสระในตนเอง สามารถกำกับตนเองได้ (2) ผู้ใหญ่เป็นผู้มีทรัพยากรการเรียนรู้อยู่แล้วคือเป็นผู้มี ประสบการณ์ (3) ผู้ใหญ่ให้คุณค่าต่อการเรียนรู้เนื่องจากสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (4) ผู้ใหญ่ให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้โดยการใช้ปัญหาเป็นศูนย์กลางมากกว่าการเรียนรู้โดยการท่องจำ และ (5) แรงจูงใจในการเรียนมาจากภายในมากกว่าภายนอก (ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์ 2547: 8-9)

ข้อคำนึงในการสอนผู้ใหญ่ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เป็นข้อควรพร้อมในด้านเวลา เนื่องจากผู้เรียนเป็นผู้ที่มีภาระหน้าที่ด้านงานอาชีพ ฉะนั้นการให้ความรู้ควรพิจารณาด้านความพร้อมด้านเวลาด้วย สถานที่ ควรสะดวก สบาย มีความเป็นส่วนตัวให้กับผู้เรียน กิจกรรมการเรียนการสอน เนื้อหาควรมีความเหมาะสม อาจสอนเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล สื่อการเรียนการสอน ควรเหมาะสมกับวัย เช่นตัวอักษรชัดเจน น้ำเสียงผู้สอนเหมาะสม ความเหมาะสมด้านสติปัญญาของผู้เรียน ไม่ควรเน้นสาระเนื้อหาการเรียนด้วยความจำ ควรเป็นสาระที่นำไปสู่การปฏิบัติได้โดยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนทำให้ผู้เรียนจำได้แม่นยำขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้สอนกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้เรียน พยายามหลีกเลี่ยงการตำหนิ การทำโทษและการบังคับผู้สอนควรคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล การพัฒนาการเรียนที่แตกต่างกัน การเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนโดยสัมพันธภาพที่ดีงาม การแสดงความเป็นมิตรของผู้สอน การเตรียมตัวให้พร้อมของผู้สอน เพื่อประสิทธิภาพของการเรียนการสอน โดยให้ครอบคลุมในเรื่อง (1) เนื้อหาของเรื่องที่เรียนต้องเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้เรียนต้องการ (2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้เรียน ผู้สอน (3) มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร ผู้สอนควรพูดและอธิบายให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหา และมีทักษะการฟัง ขณะสอนควรให้คำแนะนำและประเมินด้วยผู้เรียนสับสนหรือไม่ (4) ทักษะในการประเมิน ควรประเมินตั้งแต่ความต้องการของผู้เรียนเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการสอน ควรใช้การสังเกตร่วมด้วย (5) ทักษะการสอน ควรใช้แรงเสริมทางบวกให้กับผู้เรียน เนื้อหาที่เตรียมต้องไม่ซับซ้อน ควรมีเทคนิคการสอนโดยมีการทบทวนเป็นระยะๆ (ศิริมา ทองดี 2549)

กล่าวโดยสรุปการสอนในผู้ใหญ่ควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ผู้สอน มีการร่วมแสดงความคิดเห็น การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ จะช่วยการพัฒนาการเรียนการสอนได้อย่างดี ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถเป็นแนวทางให้กับผู้วิจัยในการทำโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เรียนรู้ที่เป็นกลุ่มทำงานแล้ว การให้โปรแกรมจะประสบผลสำเร็จต้องอาศัยแนวทางดังกล่าวด้วย

3.3 การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โปรแกรมเป็นการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรา 12 สิทธิการตายดี การมีจริยธรรมทางการแพทย์และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Lawrence Kohlberg (1976) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของ Jean Watson (1985) โดยใช้วิธีการบรรยาย การระดมสมองให้ผู้ร่วมวิจัยได้ฝึกสถานการณ์จำลอง โดยสถานการณ์เป็นประเด็นขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ชีวิตและความตาย การพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง ตัดสินใจเลือก เพื่อใช้เป็นการวัดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการใช้แบบทดสอบวัดการตัดสินใจทางจริยธรรมเชิงผลลัพธ์ ซึ่งได้แนวคิดจาก เคเตเฟียน (Ketefian, 1999) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญในการปฏิบัติงาน ซึ่งเคเตเฟียนสำรวจสถานการณ์ไว้ มีสถานการณ์เกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งมีกิจกรรมพยาบาลซึ่งเป็นทางเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างสถานการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 12 ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. งานวิจัยเกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

ธัมมน นามวงษ์ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งนักศึกษาพยาบาลของชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จำนวน 36 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยผลการทดลองพบว่ากลุ่มหลังทดลองมีความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กานดา รักษาติและคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง กรอบแนวคิดทฤษฎีประยุกต์ขั้นตอนของโคโลซี่ ผลการวิจัยสรุปว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการทำงานมี 7 ลักษณะคือ (1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ (2) ยึดชีวิตหรือยึดความทรमान (3) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (4) ไม่รู้จะบอกอย่างไร จึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย (5) จำเป็นต้องทำตามเพราะค้อยอำนาจ (6) ใครควรตัดสินใจและ (7) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง โดยพยาบาลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวใน 3 ลักษณะคืออึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ เบื่อหน่าย ให้อใจในการทำงานและโดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว

วัฒนาวรรณ บุญคุณะ (2544) ได้ทำการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือจำนวน 364 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพทุกสถานการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

ดวงสุดา ชลัมพฐ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย 15 แห่งๆ ได้กลุ่มตัวอย่าง 185 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักวิชาชีพและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามประสบการณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รสสุคนธ์ ชื่นตา (2546) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้กลุ่มตัวอย่าง 165 คนจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าอายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง ไม่มี ความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคือค่านิยมส่วนบุคคล ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร จรรยาบรรณวิชาชีพ บรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กร

ศิริมา ทองดี (2549) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลองต่ำกว่าหลังทดลอง

สิตารัตน์ สมัครสมาน (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยคือผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิตค่อนข้างสูง การต้องการด้านจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการความเอื้ออาทร กำลังใจ ต้องการทำบุญตามแนวทางของศาสนา มีความเชื่อเรื่องผลบุญ ส่วนในด้านความหวังมีความเชื่อเรื่องคุณงามความดีช่วยให้อาการทุเลา และจากไปอย่างสงบ

วารางคณา ตาเตียว (2552) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของการบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลคือ 1) การทำงานโดยยึดหลักความถูกต้องดีงาม ตามหลักเหตุผล โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ 2) การทำงานโดยยึดหลักความเป็นธรรม ไม่อคติลำเอียงและ 3) การทำงานโดยยึดหลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ส่วนประสบการณ์การบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบ 2 ประเด็นหลักคือการบริหารจัดการเชิงจริยธรรมในการบริหารคนคือบริหารโดยหลักความยุติธรรมและความเสมอภาค บริหารโดยใช้หลักความรัก ความเมตตาและบริหารโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม ประเด็นการบริหารจัดการเชิงจริยธรรมในการบริหารการปฏิบัติการพยาบาลคือบริหารโดยยึดประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย บริหารโดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและคุณภาพการดูแล บริหารโดยยึดหลักซื่อสัตย์สุจริต บริหารโดยใช้ความรอบคอบ บริหารโดยยึดหลักความโปร่งใส ตรวจสอบได้และบริหารโดยนึกถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก

จากการศึกษาประเด็นขัดแย้งจริยธรรมในประเทศสามารถสรุปได้ว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นความขัดแย้งเป็นไปตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน (ศิริมา ทองดี 2549; สรวงสุดา ชลัมพูน 2549) แต่การตัดสินใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้ง ยังไม่มีแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ถูกต้อง (กานดา รักษาดี 2545) พยาบาลวิชาชีพรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำงานภายใต้ความจำกัดความรู้ การขาดที่ปรึกษา การขาดทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (วารางคณา ตาเตียว 2552) ปัจจุบันบุคคลจะไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (วัฒนาวรรณ บุญคุณะ 2544, รสสุคนธ์ ชื่นตา 2546) ในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลน่าจะใช้วิธีการศึกษา (รัชสมน นามวงษ์ 2540) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความต้องการความเอื้ออาทรจากพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ (ลิดารัตน์ สมัครสมาน 2550)

4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Wurzbach (1999) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลจาก ประสพการณ์การทำงานในหอวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 20 คน พบว่าพฤติกรรมจริยธรรม เกิดจากประสพการณ์การทำงาน

Fritzsche (2000) ได้ศึกษาบรรยาการจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิง จริยธรรม โดยกลุ่มตัวอย่างคือพนักงานเขียนภาพของบริษัทเทคโนโลยีของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 20 คน พบผลศึกษาพบว่าบรรยาการสององค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเชิง จริยธรรม

Raines (2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม รูปแบบการ แก้ปัญหา และความเครียดในการตัดสินใจแก้ปัญหาเชิงจริยธรรมของพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลของหน่วยรังสีรักษา 229 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม Moral Reasoning Questionnaire และเครื่องมือวัดการแก้ปัญหาชื่อ Way Interventory และ Ethics Stress Scales ผลการวิจัยพบว่าสิ่งที่มีผลกับระดับความเครียดคือความรู้สึกกดดัน การขาดอำนาจในการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาที่มีรูปแบบการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม

จากการทบทวนวิจัยต่างประเทศ พบว่า บุคคลมีพฤติกรรมจริยธรรมเกิดจาก ประสพการณ์การทำงาน (Wurzbach ,1999) ภายใต้งานที่มีบรรยาการสององค์ ที่ดี จะทำให้ พยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fritzsche, 2000 ; Raines, 2000)

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าประสพการณ์การทำงานที่ต่างกันมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมซึ่งปัจจัย เหล่านี้ถือเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์ในการทำงานกับ ผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน คือต้องมีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้พบว่าทักษะ การใช้เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกิดจากการได้เรียนรู้จากการเรียนการสอน จาก กรณีศึกษา การได้แบบอย่าง การปฏิบัติสัมพันธ์กัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานยังขาดทักษะในการ ตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดจากกรอบการวิจัยมาเป็นแนวทางในการฝึกทักษะให้กับกลุ่มพยาบาล วิชาชีพเพื่อได้มีการเรียนรู้และฝึกฝนเพิ่มขึ้นในสถานการณ์จำลอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตลอดจนศึกษาความเหมาะสมของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่พัฒนาขึ้น

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1.1 ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติการทั้ง 11 แผนกพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 133 คน (ข้อมูลจากกำลังพล กองการพยาบาล มกราคม 2554)

1.1.2 กลุ่มตัวอย่างเพื่อการสัมภาษณ์คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ แพทย์ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ชำนาญการดูแลเฉพาะทางคือจะต้องมีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีขึ้นไป โดยแจ้งจุดประสงค์กับหัวหน้าหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แล้วขอรายชื่อแพทย์ที่มีคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด 1 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) คือจากการบอกต่อและแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำผู้ที่มีประสบการณ์และยินดีในการให้ข้อมูลมากที่สุด (Information – rich cases) จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ในส่วนญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ข้อมูลที่ดีที่สุดคือเป็นสามีภรรยาหรือบุตรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไปและคัดเลือกจากหอผู้ป่วยที่ญาติเฝ้าผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามจุดประสงค์การวิจัยมากที่สุดจนได้ข้อมูลอิ่มตัว

1.2 เพื่อสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตอนที่ 1.1 มาสร้างโปรแกรม

1.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม มีคะแนนจากแบบสอบถามต่ำกว่า 3 ในรายชื่อ จำนวน 54 คน แต่ต้องเป็นผู้สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยติดต่อด้วยตนเอง จึงได้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 30 คน (รายละเอียดแบบประเมินความพึงพอใจในภาคผนวก)

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1.1.1 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาแล้วมากกว่า 5 ปีขึ้นไป

1.1.2 แพทย์ระดับปฏิบัติการ หมายถึง แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 5 ปีขึ้นไป

1.1.3 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ และได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.1.4 ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง สามี ภรรยา หรือบุตรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามากกว่า 1 ปีขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ตอน ซึ่งแต่ละตอนแตกต่างกันดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประกอบด้วยแบบสอบถามปลายปิด โดยมีแนวคำถาม Negative อยู่ด้วยเพื่อให้ผ่านกระบวนการคิด , คำถามปลายเปิด และแบบสนทนา

ตอนที่ 2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เครื่องมือตอนที่ 1 และตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างด้วยตนเอง ส่วนตอนที่ 2 ได้นำโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมของคุณศิริมา ทองดี ที่ได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาประยุกต์ร่วมกับสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ได้จากตอนที่ 1 มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การสร้างเครื่องมือ

2.1.2 ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2 ส่วนคือ

1) เป็นแบบสอบถามสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและสอบถามสภาพการณ์ตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิด 1) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Jean Watson (1985) 2) แนวคิดการใช้เหตุผลทางจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg (1976) และ 3) แนวคิดทางกฎหมายตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดย 3 แนวคิดผ่านการตัดสินใจโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด และคำถามปลายปิดจำนวน 49 ข้อ โดยมีคำตอบที่ได้เป็นการประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในด้านต่างๆของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ทำให้สะท้อนเห็นสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นแบบปลายเปิดและแบบปลายปิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1-5 ระดับ และกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกได้คำตอบเดียว ความหมายของตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง มีการตัดสินใจได้มากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง มีการตัดสินใจได้มาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง มีการตัดสินใจได้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง มีการตัดสินใจได้น้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่สามารถตัดสินใจได้

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ในการ กำหนดเกณฑ์การวัดค่าเฉลี่ยของเครื่องมือวิจัย

การนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปรผลโดยใช้เกณฑ์
ดังนี้

$$\text{ระดับค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น (ระดับการวัด)}}$$

$$\text{ระดับค่าเฉลี่ย} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 4.20 - 5.0 หมายถึง มากที่สุด

(Best and Kahn James V. 1993)

2) เป็นการสนทนา มี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1) แบบสนทนาแพทย์

ชุดที่ 2) แบบสนทนาญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้เข้าร่วมสนทนาประกอบด้วยแพทย์

ปฏิบัติการ และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถาม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค
แนวทางที่ต้องการเพื่อนำสู่ประเด็นและคำถามเจาะลึก และนำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่ได้เพิ่มเติม
มาพัฒนาโปรแกรม

2.2 การพัฒนาเครื่องมือ

2.2.1 นำแบบสอบถามและแบบสนทนาที่สร้างเสร็จ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
และดำเนินการหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ตอนที่ 1 คือสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิง
จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามมโน
ทัศน์ 4 ประการในทฤษฎีการดูแลมนุษย์ แนวคิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และกฎหมายมาตรา 12
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และคำถามปลายเปิดในการสนทนา ผู้วิจัยตรวจสอบ
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแบบสนทนา ตามที่ Guba & Lincoln (1989 อ้างถึงในวารางคณา ตา
เตียว 2552) ได้กล่าวถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพ มีดังนี้ (1) ความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยมี
ขั้นตอน กระบวนการ ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพกับผู้สนทนา ก่อนจบสนทนา ผู้วิจัยสรุปผลการสนทนา

เพื่อยืนยันความเข้าใจในข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลบันทึกเทปโดยอาจารย์ที่ปรึกษา (2) การใช้
 เกณฑ์ที่ฟังพยานอื่น ๆ ข้อมูลมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งเปรียบเสมือน
 ผู้เชี่ยวชาญ (3) การถ่ายโอนข้อมูล หมายถึงผู้วิจัยไม่ได้นำผลวิจัยนี้ไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น
 (4) การยืนยันผลวิจัย ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการบันทึกเทป การตรวจสอบความ
 ครบถ้วนของการสนทนา ตอนที่ 2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะ
 สุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ
 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
 พระมงกุฎเกล้าโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำ
 เครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความ
 สอดคล้อง ความครอบคลุม พร้อมทั้งการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ จากนั้นผู้วิจัยได้
 นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านเพื่อตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องของข้อ
 คำถาม ความถูกต้องและขอบเขตของเนื้อหาพิจารณาจากความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม
 กรอบทฤษฎีที่วัดและความเหมาะสมของการใช้ภาษา กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดย
 แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
 วัด

2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

นำเครื่องมือที่ได้รับคืนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตรดังนี้ (Walz;Strickland & Lenz 1991:2
 อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) ซึ่งข้อคำถามที่ดีควรมีค่า Content Validity Index 0.70 ขึ้น
 ไป

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากแบบสอบถามการตัดสินใจเชิง
 จริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ค่า CVI ของ

แต่ละข้อคั้งนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 25 ข้อ CVI เท่ากับ .75 จำนวน 24 ข้อ ค่าดัชนีที่วัดได้ทุกข้ออยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ คือ มีค่ามากกว่า .70 ขึ้นไป (Walz, Strickland & Lenz, 1999: 2 อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้ภาษาให้ชัดเจนและถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา (รายละเอียดของเครื่องมือดังผนวก)

2) การหาค่าความเที่ยง (*Reliability*) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลโครงสร้างการบริหารคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลอานันทมหิดลเป็นผู้เก็บแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านและโดยรวม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.65 แต่ที่ดีควรมีค่าความเที่ยงสูงกว่า 0.75 ขึ้นไป (นิรันดร์ อิมามี 2549: 4-58) เครื่องมือใหม่ที่เพิ่งพัฒนาขึ้น ควรมีค่าความเที่ยงสูงกว่า 0.70 ขึ้นไป (Burn and Grove 1997; Selby-Harrington et al. 1994 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร 2547) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม ค่า reliability เท่ากับ 0.935 ขึ้นตอนประเมินสภาพ จำนวน 7 ข้อ ค่า reliability เท่ากับ 0.743 ขึ้นตอนวางแผน จำนวน 4 ข้อค่า reliability เท่ากับ 0.929 ขึ้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 34 ข้อค่า reliability เท่ากับ 0.876 ขึ้นตอนการประเมินผล จำนวน 4 ข้อค่า reliability เท่ากับ 0.927 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถนำข้อคำถามชุดนี้ไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลได้

คำถามปลายเปิดในการสนทนา ได้สนทนากับแพทย์ ปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวคิดทางกฎหมายตามมาตรา 12 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้เพิ่มเติมมาพัฒนาระบบ

2.2.2 นำฉบับร่างของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยโปรแกรมคือแผนการสอนประกอบด้วยเนื้อหาสาระเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรม การใช้เหตุผลทางจริยธรรม การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและความรู้เกี่ยวกับ

มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดกิจกรรมการสอนโดยใช้วิธีการบรรยาย ระดมสมอง การให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการฝึกสถานการณ์จำลอง

2.2.3 นำแบบประเมินความพึงพอใจไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นท่านเดิมที่ได้ตรวจแบบสอบถามสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ค่า CVI ของแต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 18 ข้อ CVI เท่ากับ .75 จำนวน 1 ข้อ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์ โดยขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่หัวหน้าแผนกพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

3.1 การเก็บข้อมูลแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2 การเก็บข้อมูลจากการสนทนา ที่ได้จากแพทย์ และ ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสร้างแนวทางสนทนา ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปใช้ ผู้วิจัยสนทนาโดยอาศัยวิธีการ Narrative Technique (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล 2540 อ้างถึงใน วรางคณา ตาเดี้ยว 2552) โดยการสนทนาแบบธรรมชาติ ด้วยคำถามเข้าสู่ประเด็นแบบหลีกเลี่ยงการรุกรอย่างรวดเร็ว มีการกำหนดวันเวลาในการสนทนา ใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 15-20 นาที โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา การบันทึกเทปสนทนา และมีการลงรหัสบันทึกการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3.3 การเก็บข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วม โปรแกรมโดยแจกแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม หลังจากเข้าโปรแกรมแล้ว โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

4.1 วิเคราะห์สภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4.1.1 แบบสอบถาม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard diviation) จำแนกรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม

4.1.2 การสนทนา เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และรูปแบบของโปรแกรมที่ต้องการพัฒนา การนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยการจัดระบบความหมายและข้อความที่ได้จากการถอดเทป และจากการจดบันทึก

4.2 การประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมนุษย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการด้านจริยธรรม ดังต่อไปนี้

5.1 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเสนอคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5.2 ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้สัมภาษณ์และตอบคำถาม หรือปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และตอบคำถามได้

5.3 ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ไม่มีการอ้างอิงผู้ตอบ บุคคลหรือหน่วยงานที่สังกัด ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและรวมเป็นรูปเล่มแล้ว ได้ ทำลายแบบสอบถามทั้งหมด และเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตลอดจนศึกษาความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ตอน ดังนี้
ตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสนทนา

ตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสนทนา

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยการใช้ แบบสอบถามและแบบสนทนา ทั้งทีมผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์และผู้ให้บริการซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปมีจำนวน 133 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนจำนวน 129 ชุด คิด

เป็นร้อยละ 96.99 ของจำนวนที่ส่งออกทั้งหมด และนำข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) n = 129	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
26-30	19	14.7
31-35	45	34.9
36-40	35	27.1
41 ปีขึ้นไป	30	23.3
เพศ		
หญิง	129	100
ศาสนา		
พุทธ	125	97.0
คริสต์	2	2.0
อิสลาม	1	0.5
ไม่ตอบ	1	0.5

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) n = 129	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	65	50.5
คู่	60	46.7
หม้าย / หย่า / แยก	3	2.3
ไม่ตอบ	1	0.5
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	100	77.5
ปริญญาโท	26	20.2
ไม่ตอบ	3	2.3
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
กองอาชुरกรรม	36	27.9
กองศัลยกรรม	32	24.8
กองออร์โธปิดิกส์	15	11.6
กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน	6	4.7
กองกุมารเวชกรรม	10	7.7
จักษุ	3	2.3
สูตินรีเวชกรรม	9	7.0
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	10	7.7
หู คอ จมูก	8	6.2
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
1-5 ปี	23	22.1
6-10 ปี	43	41.3
11 ปีขึ้นไป	38	36.5

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
n = 129		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลทั้งสิ้นเป็นเวลาปี		
1-5 ปี	5	3.9
6-10 ปี	38	29.5
11 ปีขึ้นไป	86	66.7
เคยเข้ารับการอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย		
ระยะสุดท้าย		
ไม่เคย	51	39.5
เคย	78	60.5
เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายมาตรา 12		
ไม่เคย	102	79.1
เคย	27	20.9

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ในภาพรวมขณะที่ศึกษาสภาพการณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-35ปี ร้อยละ 34.9 และ 36-40 ปี ร้อยละ 27.1 รองลงมา 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.3 พยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง

การนับถือศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 รองลงมาคือนับถือศาสนาคริสต์ร้อยละ1.6 สถานภาพโสด ร้อยละ50.8 ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีร้อยละ 79.4 ปริญญาโท ร้อยละ 20.6

การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 29.5

การปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 27.9 รองลงมา กลุ่มงานศัลยกรรม ร้อยละ 24.8 และ กลุ่มงานที่มีพยาบาลวิชาชีพจำนวนน้อย คือ กลุ่มงานของจักษุ ร้อยละ 2.3

การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6-10 ปี ร้อยละ 41.3 รองลงมา 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38 และ 1-5 ปี ร้อยละ 5 ตามลำดับ

การเข้ารับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ส่วนใหญ่พยาบาล ร้อยละ 60.5 เคยเข้ารับการอบรม

การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ส่วนใหญ่พยาบาลไม่เคยเข้ารับการอบรม ร้อยละ 79.1

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของขั้นตอนด้านการ ประเมินสภาพ (Assessment)การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินสภาพ (Assessment)การตัดสินใจ เชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล	4.50	0.56	มากที่สุด
2. ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การ พยาบาล	4.47	0.56	มากที่สุด
3. ประเมินสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสังคม เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา ก่อนให้การพยาบาล	4.23	0.77	มากที่สุด
4. ให้โอกาสญาติมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณผู้ป่วยเพื่อร่วม วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วย (ประเมินสภาพผู้ป่วย ร่วมกับญาติ)	4.23	0.68	มากที่สุด
5. ประเมินสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ เช่นความเชื่อ ความศรัทธา และครอบครัวผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้ การพยาบาล	4.22	0.71	มากที่สุด
6. มีการประเมินนี้ร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์ และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ในการ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล	4.10	0.74	มาก
รวม	4.21	0.56	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50$, $SD = .56$) รองลงมาคือ ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การพยาบาล ($\bar{X} = 4.47$, $SD = .56$) และลำดับต่ำสุดคือ มีการประเมินนี้ ร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X} = 4.10$, $SD = .74$) เมื่อพิจารณาจากการจัดระดับความสำคัญพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นมีการประเมินนี้ ร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล. อยู่ใน ระดับ “มาก” เท่านั้น

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของการวางแผน (Planning) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย

การวางแผน (Planning) การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
1. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบ ต่างๆ โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ	4.26	0.59	มากที่สุด
2. ให้อาติมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย	4.06	0.77	มาก
3. มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วย	3.99	0.76	มาก
4. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ เช่นความเชื่อ ความศรัทธา และสภาพของครอบครัว	3.97	0.75	มาก
รวม	4.05	0.63	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.26$, $SD = .59$)

รองลงมาคือให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย พระมงกุฎเกล้า ($\bar{X} = 4.06$, $SD = .77$) จากการสนทนากับญาติผู้ป่วยได้ข้อมูลคือ “ร่วมกันวางแผนบ้าง แต่เวลาพยาบาลน้อย” และลำดับต่ำสุดคือ วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ (เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา) และสภาพของครอบครัว ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .75$)

เมื่อพิจารณาจากการจัดระดับความสำคัญพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้นวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ อยู่ในระดับความสำคัญมากที่สุด

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับความสำคัญ
1. ปกป้องผู้ป่วยในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาลถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สติ เช่นการปิดม่านเพื่อไม่ให้เปิดเผยผู้ป่วยขณะเช็ดตัว	4.50	0.67	มากที่สุด
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหลักสะอาดปราศจากเชื้อทุกรายแม้ไม่มีผู้ใดอยู่ในสภาพติดเชื้อ	4.49	0.64	มากที่สุด
3. อนุญาตให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว แม้หมดเวลาเยี่ยมแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ	4.42	0.82	มากที่สุด
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในการร่วมปรึกษากับทีมแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด	4.40	0.67	มากที่สุด
5. รับฟังข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยจากทีมสุขภาพด้วยความเต็มใจ	4.40	0.66	มากที่สุด
6. ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพแวดล้อมให้สะอาด และปลอดภัยเพื่อให้ได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม	4.40	0.57	มากที่สุด
7. รับฟังข้อมูลและความต้องการของญาติผู้ป่วยด้วยความเต็มใจทุกครั้ง	4.36	0.61	มากที่สุด

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation) การตัดสินใจเชิง จริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
8. เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยปรึกษาแพทย์ผู้ดูแล	4.34	0.65	มากที่สุด
9. เต็มใจรับฟังข้อมูล และความต้องการของผู้ป่วยด้วยความ เต็มใจ	4.34	0.54	มากที่สุด
10. ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย	4.33	0.60	มากที่สุด
11. ท่านนัดหมายให้ญาติพบกับทีมการรักษาพยาบาลเพื่อ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ดี	4.30	0.90	มากที่สุด
12. ดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้โล่ง เนื่องจากเกรง ว่าผู้ป่วยไม่สุขสบาย	4.26	0.77	มากที่สุด
13. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติตามความเชื่อทาง จิตวิญญาณ โดยไม่ขัดกับแผนการรักษา	4.25	0.86	มากที่สุด
14. มีการบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาลแม้ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว	4.25	0.73	มากที่สุด
15. ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพของปัญหาทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็น รายบุคคล	4.19	0.71	มาก
16. กล่าวทักทายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แม้ผู้ป่วยไม่ รู้สีกตัวที่ไม่สามารถปฏิสัมพันธ์ได้	4.15	0.76	มาก
17. รายงานความเสี่ยงเมื่อพบว่าตนเองจัดยาให้ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายผิดขนาดแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการ	4.14	0.97	มาก
18. แจ้งญาติผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เนื่องจากมีกฎหมายวิชาชีพระบุว่าห้ามละเมิดสิทธิผู้ป่วย	4.13	1.00	มาก
19. แสดงกิริยาสุภาพ ไม่ตอบโต้ แม้ว่าจะพบเหตุการณ์ว่าญาติ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแสดงความไม่พึงพอใจบริการ	4.13	0.08	มาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation) การตัดสินใจเชิง จริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
20. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และไม่ละเลยที่จะพูดคุยกับ ผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล	4.12	0.81	มาก
21. จัดหายาแก้ปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ประจำ หอผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการจัดหาให้ผู้ป่วยได้อย่าง รวดเร็ว	4.11	0.90	มาก
22. เสนอและนัดหมายให้ญาติพบกับผู้ป่วยเพื่อได้มีโอกาส เพื่ออภิธรรมกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.08	0.93	มาก
23. ทำแผลกดทับให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทำความสะอาด วันละ 2 ครั้งและทุกครั้งที่ทำแผลสปรก หากทำตามแผน รักษา	4.05	1.06	มาก
24. ท่านช่วยเหลือเปลี่ยนสิทธิการรักษาที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยที่ไร้ ญาติและไม่รู้สึกตัว เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ที่ดีกว่าโดยปรึกษากับ แผนกที่เกี่ยวข้อง	3.91	1.03	มาก
25. ท่านกลัวผู้ป่วยฟ้องร้องถ้าขัดกับเจตนาฯ ไม่ประสงค์รับ บริการสาธารณสุขจึงตัดสินใจไม่ตามแพทย์มาใส่ท่อช่วย หายใจ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมีการเหนื่อยหอบ	3.89	1.28	มาก
26. มีการยินยอมให้ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ยาสมุนไพรที่ ได้รับการรับรองจาก กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับยาแผน ปัจจุบันเนื่องจากยอมรับและให้ความ ความสำคัญกับ ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ	3.87	1.00	มาก
27. ให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุรถ ชนหน้าโรงพยาบาลทันที ในขณะที่มาเข้า เวิร์ เพราะเกรงว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิต	3.70	1.08	มาก
28. จะมีการบันทึกอาการผู้ป่วยสมองตายอย่างละเอียด หากจะ ทำให้ท่านมีผลประโยชน์หรือปกป้องตัวท่าน	3.65	1.36	มาก

ตารางที่ 4. 4 (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation) การตัดสินใจเชิง จริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
29. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาให้กำลังใจผู้ป่วยหมดหวังด้วย ความเต็มใจและตั้งใจ	3.62	1.03	มาก
30. หยุดให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีเมื่อทราบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตาม เจตนารมณ์ของผู้ป่วย	3.56	1.41	มาก
31. จะดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วยตามมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	3.91	1.03	มาก
พ.ศ. 2550 โดยงดการใส่เครื่องช่วยหายใจและให้ หัตถการแก่ผู้ป่วยมี severe brain damage จาก cerebral hemorrhage	3.37	1.25	ปานกลาง
32. ให้อาาผู้ป่วยตามเวลา เพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิและเขียน รายงาน ถ้าเวรนิเทศมาตรวจหอผู้ป่วยแล้ว พบว่าท่านให้อา ผู้ป่วยก่อนเวลา	3.19	1.43	ปานกลาง
รวม	4.16	0.54	มาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน การปฏิบัติการพยาบาล (Impletation) ในด้านปกป้องผู้ป่วยในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาลถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่มีสติ เช่น การปิดม่านเพื่อไม่ให้เปิดเผยผู้ป่วยขณะเช็ดตัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50, SD = .67$) รองลงมาให้ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหลักสะอาคปราศจากเชื้อทุกรายแม้ไม่มีผู้ใดอยู่ ($\bar{X} = 4.49, SD = .64$) และลำดับต่ำสุดคือจะดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วย ตามมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยงดการใส่เครื่องช่วยหายใจ และให้หัตถการแก่ผู้ป่วยมี severe brain damage จาก Cerebral hemorrhage ($\bar{X} = 3.37, SD = 1.25$)

เมื่อพิจารณาจากการจัดระดับความสำคัญพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดระดับความสำคัญของการประเมินผล (Evaluation) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินผล (Evaluation) การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	\bar{X}	SD	ระดับความสำคัญ
1. มีการประเมินผลการพยาบาลแก่ผู้ป่วยครอบคลุมระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ	4.41	0.58	มากที่สุด
2. ท่านร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย	4.30	0.71	มากที่สุด
3. ท่านประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสังคมเช่นความเชื่อ ความศรัทธาและสถานภาพครอบครัว	4.25	0.77	มากที่สุด
4. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย	4.19	0.88	มาก
รวม	4.21	0.71	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.5 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนประเมินผล (Evaluation) ผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.41, SD = .58$) รองลงมาคือร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.30, SD = .71$) และลำดับต่ำสุด คือให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.19, SD = .88$)

เมื่อพิจารณาจากการจัดระดับความสำคัญ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับความสำคัญ “มาก” เท่านั้น

ในภาพรวมของสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยวิเคราะห์จากข้อมูลคำถามปลายเปิด และปลายปิดตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยรวมพบว่ามีข้อจำกัดที่ควรพัฒนาดังนี้

1. ขั้นตอนประเมินสภาพ (Assessment) พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีข้อที่ควรพัฒนาคือ ควรมีการประเมินร่วมกันเป็นทีม ได้แก่พยาบาลด้วยกันเอง แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเมินสภาพให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมผู้ป่วย เพื่อใช้

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล (ดังตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์แพทย์ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยว่า “พยาบาลจะประเมินอาการผู้ป่วยโดยไม่ได้ปรึกษากัน ต่างคนต่างประเมิน บางทีมาอ่านที่หลังก็พบว่าไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน” “พยาบาลอายุหน่อยๆ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยกล้าออกความเห็นกับแพทย์” “ส่วนใหญ่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้ปรึกษาในเรื่องประเมินสังคม และจิตวิญญาณ แต่จะปรึกษาในด้านการดูแลร่างกาย” “พยาบาลปรึกษาหารือเป็นบางครั้งบาง case” สรุปแพทย์มีมุมมองพยาบาลในขั้นตอนการประเมินสภาพผู้ป่วย คือ พยาบาลประเมินสภาพด้านร่างกาย ไม่ครบองค์รวม อีกทั้งมีปัจจัยเสริมในด้านประสบการณ์ อายุงานทำให้ไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นกับแพทย์

2. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีข้อที่ควรพัฒนา คือ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ (เช่นความเชื่อ ความศรัทธา) และสภาพของครอบครัว (รายละเอียดดังตารางที่ 3) พยาบาลส่วนหนึ่งยังให้ได้ให้ความคิดเห็นในคำถามปลายเปิดไว้ประกอบตรงกันถึงเหตุผลที่ไม่วางแผนครอบคลุมให้ครบเป็นองค์รวม เนื่องจากภาระงาน จำกัดด้วยเรื่องเวลา และบางครั้งนึกไม่ถึง โดยส่วนใหญ่วางแผนในด้านร่างกายเท่านั้น จากการสนทนากับแพทย์ได้ข้อมูลคือ “เป็นบาง case ที่มีปัญหาหนักเช่นญาติมาถามอาการผู้ป่วยบ่อยๆที่เคาเตอร์” คือ “Case End Stage พยาบาลจะร่วมวางแผนทุกครั้งแต่มักจะดูแลแก้ไขด้านร่างกายผู้ป่วยมากกว่า” “ส่วนใหญ่จะมาร่วมวางแผนร่วมกัน แต่ไม่ได้ทำเป็นทางการหรือทำเป็น Morning Report จะพูดกันตอนมา Round” สรุปในขั้นตอนการวางแผน แพทย์มองพยาบาลว่า วางแผนการพยาบาลไม่ครบองค์รวม จากการสนทนาญาติผู้ป่วยได้ข้อมูลคือ “ไม่ได้ร่วมวางแผนเรื่องจากพยาบาลบางคนถามอะไรก็ไม่ค่อยรู้ ให้ถามแพทย์” “ไม่พบเหตุการณ์ประมาณนี้” “ไม่ได้ร่วมเนื่องจากเวลาในการเขี่ยมน้อย” “ร่วมกันแต่เวลาพยาบาลน้อย” สรุปในขั้นตอนการวางแผน พยาบาล ญาติผู้ป่วยมีความเห็นว่า พยาบาลไม่มีองค์ความรู้ในการวางแผนกับญาติ

3. ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) พบว่ามีข้อที่ควรพัฒนามากที่สุด คือในด้านกฎหมายใหม่คือกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังเข้าใจสาระของกฎหมายไม่ถูกต้อง บางคนไม่รู้จักเลย ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของแพทย์ได้ให้ข้อมูลตรงกัน “พยาบาลไม่มีเวลา ไม่น่าที่จะรู้จักกฎหมายฉบับนี้” “ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นหนังสือแสดงเจตนาฯที่ชัดเจน” ในส่วนของญาติผู้ป่วย ไม่รู้จักกฎหมายฉบับนี้เลย ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สรุปในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล แพทย์มีมุมมองพยาบาลว่า พยาบาลไม่มีความรู้ในด้านกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550

4. ขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation) พบว่าข้อที่ควรพัฒนาคือ การให้พยาบาลให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 5 สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ญาติ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ข้อมูล “ไม่ค่อยพูดนะคะว่าผลเป็นอย่างไร ให้ถามจากคุณหมอเอง” “สังเกตผู้ป่วยเองว่าวันนี้อาการเป็นอย่างไร ถ้าไม่ดีจะแจ้งพยาบาล” ไม่รู้เหมือนกันว่าประเมินเป็นอย่างไร ไม่เคยอธิบายให้ฟัง” สรุปในมุมมองของญาติที่มองพยาบาลในขั้นตอนการประเมินผล มองว่าพยาบาลไม่ประเมินผลร่วมกับญาติ และจากการสนทนากับแพทย์ให้ข้อมูลคือ “ส่วนใหญ่พยาบาลรุ่นเก่าๆที่มีประสบการณ์เยอะ จะประเมินได้ดีกว่าแพทย์ จะอาศัยข้อมูลจากเค้ด้วยในการดูแล” “พยาบาลที่มีประสบการณ์จะประเมินร่วมกัน พยาบาลอายุน้อยๆไม่กล้า” สรุปในขั้นตอนการประเมินผล แพทย์มีมุมมองพยาบาลว่าประสบการณ์ของพยาบาลเป็นปัจจัยในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

จากคำถามปลายเปิด ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้เป็นข้อพัฒนาให้กับพยาบาลเพิ่มเติมคือพยาบาลแต่ละที่พบสถานการณ์ในการตัดสินใจในการดูแลต่างกัน บางคนไม่เคยพบเลย ไม่มีผู้ให้คำแนะนำคั้งนั้นเมื่อพบเหตุการณ์จริงทำให้ตัดสินใจไม่ถูกต้อง

ตอนที่ 2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การพัฒนาโปรแกรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กระทำตามขั้นตอนคือ

2.1 พิจารณาผลการวิเคราะห์ที่ละด้าน จำนวน 4 ด้าน

2.2 นำค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านมาเรียงจากมากไปน้อย และนำข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยของแต่ละด้าน มากำหนดแนวทางพัฒนา

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านมาเรียงจากมากไปน้อย และนำข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยของแต่ละด้าน มากำหนดแนวทางพัฒนา

สภาพปัญหาที่พบ	แนวทางการพัฒนา
ข้อมูลจากแบบสอบถามพยาบาล	
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยคือการประเมินร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง)	1.1 มีการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยครอบคลุมสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วย โดยแนวทางการประเมินร่วมกันตามแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ ตามแนวคิดการ

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

สภาพปัญหาที่พบ	แนวทางการพัฒนา
และสังคมผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.10, SD = .74$)	ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผน อบรมตามโปรแกรม
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์ ให้ข้อมูล สนับสนุนแบบสอบถามพยาบาล ดังนี้ แพทย์คนที่ 1 “ส่วนใหญ่พยาบาลที่ให้การ พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้ปรึกษาใน เรื่องประเมินสังคมและจิตวิญญาณ แต่จะ ปรึกษาในด้านารดูแลร่างกาย” แพทย์คนที่ 2 “พยาบาลจะปรึกษาหารือเป็น บาง Case บางครั้ง แพทย์คนที่ 3 “พยาบาลอายุน้อยๆ ส่วน ใหญ่ไม่ค่อยกล้าออกความเห็นกับแพทย์” แพทย์คนที่ 4 “มีการปรึกษาหารือ และ ต้องการให้แพทย์มีบทบาทในการแนะนำและ พยากรณ์โรคก่อน “	1.2 พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่าง แพทย์และพยาบาล 1.3 ปรับปรุงการประสานงาน
ข้อมูลจากแบบสอบถามพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อย คือวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง สภาพจิตใจ จิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อ ความ ศรัทธา และสภาพของครอบครัว ($\bar{X} = 3.9, SD$ $= .75$)	2.1 พัฒนาองค์ความรู้ด้านการวางแผนการ พยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิต วิญญาณและสภาพครอบครัว ตามแนวคิดการ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผน อบรมตามโปรแกรม
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์ ให้ข้อมูล สนับสนุนแบบสอบถามพยาบาล ดังนี้ แพทย์คนที่ 1 คนที่ 1 “ Case End Stage พยาบาลจะร่วมวางแผนทุกครั้ง แต่ก็มักจะดูแล แก้ไขแต่ด้านร่างกายมากกว่า	2.2 จัดทำคู่มือวิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและ ครอบครัวผู้ป่วย

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

สภาพปัญหาที่พบ	แนวทางการพัฒนา
<p>แพทย์คนที่ 2 “ ส่วนใหญ่จะมาวางแผนร่วมกัน แต่ไม่ได้ทำเป็นทำเป็น Morning Report ไม่เป็นทางการ จะพูดกันตอนมา Round”</p>	<p>2.3 จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย</p>
<p>แพทย์คนที่ 3 “เป็นบาง Case ที่มีปัญหามาก”</p>	
<p>แพทย์ คนที่ 4 “ เวลานั้น มาที่ Ward เห็นพยาบาลยุ่งๆ order ใน chart แล้วก็ต้องรีบไปออก OPD ไม่ได้คุยรายละเอียดนัก”</p>	
<p>ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ข้อมูลดังนี้ญาติคนที่ 1 “ไม่พบเหตุการณ์”</p>	
<p>ญาติคนที่ 2 “ ไม่ได้เข้าร่วม เนื่องจากเวลาในการเข็มน้อยค่ะ” ญาติคนที่ 3 “ร่วมกัน”</p>	
<p>ญาติคนที่ 4 “ไม่ได้ให้ร่วมการวางแผน ถามอะไรขอบอกให้ไปถามแพทย์อาจจะเพราะพยาบาลไม่มีประสบการณ์”</p>	
<p>ข้อมูลจากแบบสอบถามพยาบาล</p>	
<p>ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยคือด้านกฎหมายได้แก่ข้อจะดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วย ตามมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยงดการใส่เครื่องช่วยหายใจและให้หัตถการแก่ผู้ป่วยมี severe brain damage cerebral hemorrhage ($\bar{X} = 3.37, SD = 1.25$)</p>	<p>3.1 จัดอบรมความรู้ตามโปรแกรมคือ 3.1.1 ให้รู้กฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 3.1.2 ให้รู้จริยธรรม การใช้เหตุผลทางจริยธรรมเพื่อสามารถมีความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล</p>
<p>ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์ ให้ข้อมูลสนับสนุนแบบสอบถามพยาบาล ดังนี้ ในกรณีเหตุการณ์พยาบาลหยุดให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเมื่อทราบว่าผู้ป่วยรายนี้</p>	<p>3.2 จัดทำสถานการณ์การฝึกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อช่วยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยการฝึกกลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการตัดสินใจ</p>

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

สภาพปัญหาที่พบ	แนวทางการพัฒนา
<p>มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร แพทย์คนที่ 1 “ไม่ค่อยพบผู้มารับใช้บริการ ไม่ค่อยรู้กฎหมายฉบับนี้ พยาบาลไม่ค่อยมีเวลา ที่จะรู้จักกฎหมายนี้”</p> <p>แพทย์คนที่ 2 “ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นหนังสือแสดงเจตนาชัดเจน”</p> <p>แพทย์คนที่ 3 “ไม่พบนะ”</p> <p>แพทย์คนที่ 4 “ไม่เคย เนื่องจากยังไม่เคยใช้หนังสือนี้แพร่หลายในไทย แต่ถ้ามีก็ดีนะ ทำให้ผู้ป่วยเลือกไม่ต้องทรมาน”</p> <p>แพทย์คนที่ 5 “เคยพบ แต่ไม่ถึงกับไม่ให้การพยาบาล เพียงแต่ทำให้การพยาบาลไม่เต็มที่เท่าที่ควร ในบางหัตถการที่ญาติไม่ยินยอม</p> <p>ข้อมูลจากการญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 “รู้จักแต่หนังสือยินยอมการรักษา แต่หนังสือฉบับนี้ไม่รู้จักเลยตอบไม่ได้”</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 “ไม่ขอตอบ เพราะไม่รู้ว่ากฎหมาย หนังสือนี้มันคืออะไร”</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 “ข้อนั้นขอไม่ตอบได้มัย เพราะไม่รู้กฎหมายนี้เลย”</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 “ผู้ป่วยไม่ได้บอกจะไม่รักษา แต่พอไม่รู้สึกตัว ญาติจะรู้อยู่แล้วว่าผู้ป่วยรักษาไม่หาย จะรักษาเท่าที่จำเป็น พยาบาลก็มาดูแลตามปกติ”</p> <p>ถูกต้อง ควรให้การดูแลพื้นฐาน”</p>	<p>โดยใช้สถานการณ์ /กรณีศึกษา มีการระดมสมอง</p> <p>3.3 จัดตั้งคณะกรรมการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p>

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

สภาพปัญหาที่พบ	แนวทางการพัฒนา
<p>ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5“ เคยพบ แต่คิดว่าไม่ จากคำถามปลายเปิดแบบสอบถาม กลุ่ม ตัวอย่างให้ข้อมูล ไม่มีผู้ให้คำแนะนำเมื่อพบ สถานการณ์ทำให้ตัดสินใจไม่ถูกต้อง</p>	
<p>4. ขั้นตอนการประเมินผล ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ย น้อยคือ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.19, SD = .88$)</p>	<p>4. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล ผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ประเมินผลให้กับกลุ่ม ตัวอย่างที่อบรมเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน จริง โดยประเมินผลในอาการที่พบบ่อยใน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเศร้า กังวล ง่วงซึม เบื่อ อาหาร อาการเหนื่อย ภาวะความสบายกายใจ โดยระดับการวัดถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ</p>
<p>ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติคนที่ 1 “ไม่รู้เหมือนกันว่าการประเมิน เป็นอย่างไร ไม่เคยอธิบายให้ฟัง”</p>	
<p>ญาติคนที่ 2 “ จะให้สังเกตอาการผู้ป่วยว่า วันนี้อาการเป็นอย่างไร ถ้าไม่ดีจะแจ้ง พยาบาล”</p>	
<p>ญาติคนที่ 3 “ไม่ค่อยพูดให้ฟังว่าผลจะเป็น อย่างไร ส่วนมากให้ถามจากคุณหมอเอง”</p>	
<p>ญาติคนที่ 4 “ อธิบายให้ฟัง มาเป็นกำลังใจ ให้ บางคนก็หาหนังสือธรรมะมาให้เพื่อให้อ่าน ให้แม่ฟังจะได้สบายใจ”</p>	
<p>ญาติคนที่ 5 “ พยาบาลควรแจ้งให้ญาติ ทราบด้วยเวลาจะทำอะไร แล้วผลจะเป็น อย่างไร”</p>	

ผู้วิจัยได้ผลสรุปโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แผนการสอน โดยแบ่งเป็น ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยการบรรยายและชมภาพยนตร์ ด้านจริยธรรม การใช้เหตุผลทางจริยธรรม โดยการฝึกสมาธิ การสวดมนต์ และการบรรยาย ด้านการปฏิบัติตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยการบรรยายและด้านการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมจากกรณีศึกษาสถานการณ์จำลอง

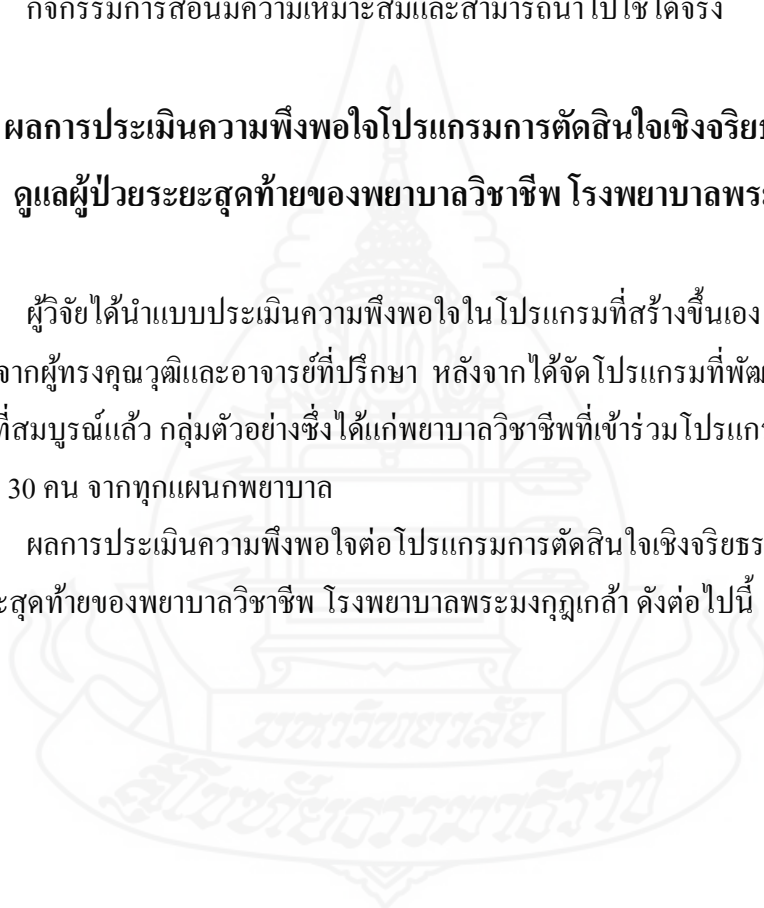
2. คู่มือการสอนในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การนำเสนอเนื้อหาของคู่มือการสอน มีความชัดเจน เหมาะสม มีประโยชน์ช่วยให้สามารถสอนให้เกิดความเข้าใจดีขึ้น

กิจกรรมการสอนมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง

ตอนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมที่สร้างขึ้นเอง โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากได้จัดโปรแกรมที่พัฒนาตามขั้นตอนเหมาะสมที่สมบูรณ์แล้ว กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ จำนวน 30 คน จากทุกแผนกพยาบาล

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังต่อไปนี้



ตารางที่ 4.7 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำแนกตามองค์ประกอบของโปรแกรม (ผ่านการตรวจของผู้ทรงคุณวุฒิ)

(n =30)

องค์ประกอบของโปรแกรม	มากที่สุด (%)	มาก (%)	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{X}	SD
ส่วนที่ 1 แผนการสอน							
1.1 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม							
1. เนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนรู้ ครอบคลุม ชัดเจน เข้าใจง่าย	63.34	36.67	-	-	-	4.63	0.49
2. เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติม	76.67	23.34	-	-	-	4.77	0.43
3. เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติการพยาบาลได้	67.67	33.34	-	-	-	4.67	0.48
1.2 จริยธรรม การใช้เหตุผลทาง จริยธรรม							
4. เนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนรู้ ครอบคลุม ชัดเจน เข้าใจง่าย	67.67	33.34	-	-	-	4.67	0.48
5. เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติม	76.67	23.34	-	-	-	4.77	0.43
6. เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติการพยาบาลได้	76.67	23.34	-	-	-	4.77	0.43
1.3 การปฏิบัติตามมาตรา 2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550							
7. เนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนรู้ ทันสมัย ชัดเจน เข้าใจง่าย	73.34	26.67	-	-	-	4.73	0.45
8. เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น	80	20	-	-	-	4.71	0.43
9. เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติได้	76.67	23.34	-	-	-	4.67	0.48

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

องค์ประกอบของโปรแกรม	มากที่สุด (%)	มาก (%)	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด	\bar{X}	SD
10. เนื้อหาเหมาะสมกับการเรียนรู้ บรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย	63.34	36.67	-	-	-	4.63	0.49
11. เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น	26.67	23.34	-	-	-	4.67	0.49
12. เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติได้	73.67	26.67	-	-	-	4.73	0.45
ส่วนที่ 2 คู่มือการสอน							
13. การนำเสนอเนื้อหาของคู่มือการ สอนมีความชัดเจน เหมาะสม	70	30	-	-	-	4.7	0.47
14. คู่มือการสอนมีประโยชน์ช่วยให้ สามารถสอนให้เกิดความเข้าใจดี ขึ้น	63.34	36.67	-	-	-	4.63	0.49
ส่วนที่ 3 ด้านประสิทธิผลการเข้าร่วม โปรแกรม							
15. กิจกรรมระหว่างโปรแกรม สอดคล้องและเสริมทักษะใน การปฏิบัติงาน	60	40	-	-	-	4.80	0.41
16. เกิดความพึงพอใจที่มีต่อ ผลลัพธ์จากการเข้าร่วม โปรแกรม	63.34	36.66	-	-	-	4.63	0.49
17. สามารถนำผลจากการเข้าร่วม โปรแกรมไปใช้ได้จริง	60	40	-	-	-	4.60	0.50
18. นำประโยชน์จากการฝึกทักษะ ตามขั้นตอนและกิจกรรมการฝึก มาพัฒนาการใช้เหตุผลทาง จริยธรรมได้	60	40	-	-	-	4.60	0.50
19. กิจกรรมการสอนมีความ เหมาะสมและสามารถ นำไปใช้ได้จริง	60	40	-	-	-	4.60	0.50
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	66.26	33.34	-	-	-	4.69	0.08

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในภาพรวมมีคะแนนพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 66.26 ในระดับพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 33.34 ตามลำดับ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ กิจกรรมระหว่างโปรแกรมสอดคล้อง และเสริมทักษะในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.80, SD = 0.41$)

ผู้ประเมินความพึงพอใจ ยังให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติ สามารถทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการต่อไป

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามผลผู้เข้าร่วม โปรแกรมทั้ง ๓๐ คน ถึงการนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน พบว่านำความรู้ไปใช้ได้จริง โดยด้านที่ได้ใช้มากที่สุดคือด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และด้านจริยธรรม แต่ในด้านกฎหมายไม่มีผู้ป่วยรายใดนำกฎหมายมาตรา 2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2550 มาใช้ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ที่พัฒนาขึ้น



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ตลอดจนศึกษาความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่พัฒนาขึ้น

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1.2 เพื่อสร้างโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจ โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่มหลักได้แก่

1) กลุ่มพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย

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

(2) ผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วยแพทย์ และญาติผู้ป่วยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่

ก) แพทย์ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ชำนาญการดูแลเฉพาะทางก็จะต้องมีประสบการณ์

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

ข) *ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย* ซึ่งผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ข้อมูลที่สุดคือเป็นสามีภรรยาหรือบุตรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไปและคัดเลือกจากหอผู้ป่วยที่ญาติเฝ้าผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามจุดประสงค์การวิจัยมากที่สุด ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีความสมัครใจจำนวน 5 คน

(3) *ผู้ประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม* คือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม มีคะแนนจากแบบสอบถามต่ำกว่า 3 ในรายชื่อจำนวน 54 คน และเป็นผู้สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้วิจัยติดต่อด้วยตนเอง จึงได้จำนวนผู้เข้าร่วมในโปรแกรม 30 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ตอน ซึ่งแต่ละตอนแตกต่างกันดังนี้
ตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสนทนา

ตอนที่ 2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เครื่องมือตอนที่ 1 และตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างด้วยตนเอง ส่วนตอนที่ 2 ได้นำโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมของคุณศิริมา ทองดีมาประยุกต์ร่วมกับสภาพการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ได้จากตอนที่ 1

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์ โดยขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่หัวหน้าแผนก พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษารับรองการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

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

2) การเก็บข้อมูลจากการสนทนาที่ได้จากแพทย์และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีการกำหนดวันเวลาในการสนทนา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา การบันทึกบทสนทนา และมีการลงรหัสบันทึกการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3) การเก็บข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยแจกแบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม หลังจากเข้าโปรแกรมแล้ว โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2) การสนทนา เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และรูปแบบของโปรแกรมที่ต้องการพัฒนา การนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยการจัดระบบความหมายและข้อความที่ได้จากการถอดเทป และจากการจดบันทึก

3) การประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยจากแบบสอบถามและการสนทนา ได้ดังนี้

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

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

เมื่อพิจารณาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลแยกตามรายด้านตามกระบวนการพยาบาลพบข้อที่ควรพัฒนา มีดังนี้

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

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

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

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

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

1.3.2 พัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กำหนดแนวทางพัฒนา จากสภาพปัญหาที่พบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ แนวทางการพัฒนาคือ มีการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยครอบคลุม สภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วย โดยแนวทางการประเมินร่วมกันตามแบบ ประเมินผู้ป่วยแรกรับ ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผนอบรมตามโปรแกรม พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล และปรับปรุงการประสานงาน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน แนวทางการพัฒนาคือ พัฒนาองค์ความรู้ด้านการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสภาพครอบครัว ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยกำหนดเป็นแผนอบรมตาม โปรแกรม จัดทำคู่มือวิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และจัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพัฒนาคือ พัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และความรู้ด้านจริยธรรม การใช้เหตุผลทางจริยธรรม เพื่อสามารถมีความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จัดทำสถานการณ์การฝึกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อช่วยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยการฝึกกลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการตัดสินใจโดยใช้สถานการณ์/กรณีศึกษา มีการระดมสมอง และจัดตั้งคณะกรรมการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

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

ผู้วิจัยได้นำแนวทางทางพัฒนาตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ที่กล่าวมา กำหนดเป็น โปรแกรมการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย

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

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

1.3.3 ประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

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

2. อภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สามารถอภิปรายผลการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

2.1 สภาพการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

(2002), Jenks (1993) พบว่า พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์

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

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

2.2.4 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าขั้นตอน การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing) ในด้านปกป้องผู้ป่วยในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

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

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

ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งปλοบโยนครอบครัวของ

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

2.2 โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมโดยได้แนวคิดผสมผสานคือการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การใช้เหตุผลจริยธรรม และกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มา กำหนดเป็น โปรแกรมการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย

2.2.1 แผนการสอน

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

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

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

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

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

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

2.3 ความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

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

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

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

3.1.2 นำโปรแกรมไปใช้ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทั้งในกลุ่มที่เข้าอบรมและอบรมในพยาบาลกลุ่มใหม่ มีการติดตามผลทุกปี

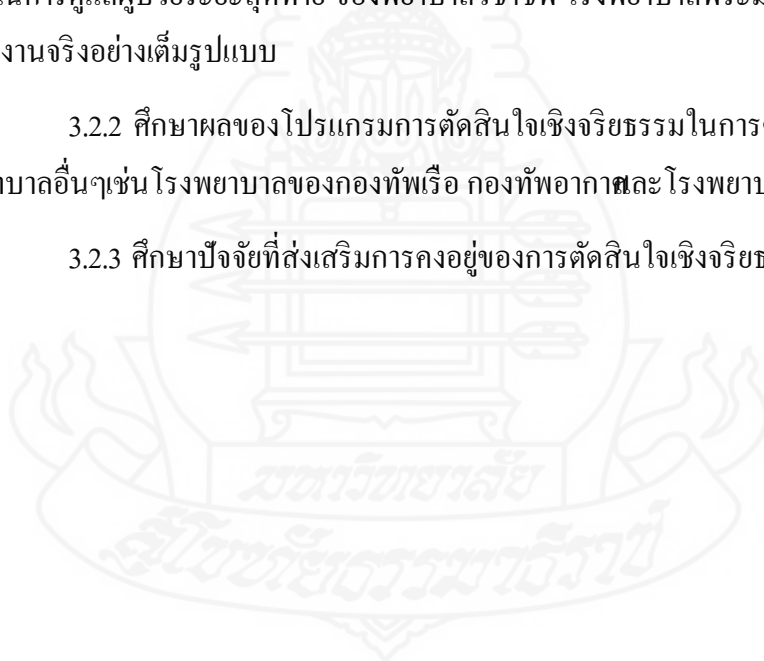
3.1.3 สถานศึกษา นอกจากมีหลักสูตรการฝึกสถานการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรม แนะนำให้เสริมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นให้กับนักศึกษาพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ติดตามและประเมินผลผู้เข้าร่วมโปรแกรมในการนความรู้การตัดสินใจ เชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงอย่างเต็มรูปแบบ

3.2.2 ศึกษาผลของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลอื่นๆเช่น โรงพยาบาลของกองทัพเรือ กองทัพอากาศและโรงพยาบาลสาธารณสุข

3.2.3 ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการคงอยู่ของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่เข้าโปรแกรม





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศสิงคโปร์ ค้นคืนวันที่ 7/22/2011 จาก

WWW.moh.gov.sg/mohcorp/advmedicaldirective

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) *การพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ)*

กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2544) *คู่มือปฐมนิเทศ* จัดโดย กองการพยาบาล _____ . (2552) *คู่มือปฐมนิเทศ* กองการพยาบาล ม.ป.พ.

กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2548) *การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์เล่ม 1* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เจริญกิจ

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การอนามัยโลก (2544) *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ /ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์การศาสนา

กัลยิมา โตคะคุณะ (2541) “รูปแบบการสื่อสาร บรรยากาศการสื่อสารในองค์กร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพนักงานไทยในบริษัทอังกฤษ เยอรมัน และฝรั่งเศสในประเทศไทย ” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต นิเทศศาสตร์ (นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กานดา รักษาดีและคณะ (2545) “ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก” *วารสารสภาการพยาบาล* 17, 1 (มกราคม-มีนาคม) : 77

คณะกรรมการบริหารทางการพยาบาล กองการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2552) *คู่มือบริหารการพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ฉบับที่ 1)*

คณะกรรมการพัฒนาการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (2550) *คู่มือการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เล่มที่ 1* กรุงเทพมหานคร อรุณการพิมพ์

คณะอนุกรรมการจริยธรรม สภาการพยาบาล (2551) *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติกรพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง)* กรุงเทพมหานคร จุดทอง

คณะอนุกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร รพ.ร.ร. 6 (2544) *ระเบียบปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย* เริ่มใช้ 10 ตุลาคม 2544 ม.ป.พ.

- จินตนา ทองเพชร (2545) “ผลการเรียนการสอนบูรณาการจริยธรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชนนิกานต์ อุดรมาตร (2550) “การพัฒนากระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- จิตติมา โพธิศรี (2550) “การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลที่บ้าน” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทองจันทร์ หงส์ดลารมภ์ (2547) แพทยศาสตรศึกษา ก.ข. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ พัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.)
- ทองสุข คำชนะ (2539) “ผลของการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธัสมน นามวงษ์ (2540) “ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นันท์รัตน์ ศรีนุ่นวิเชียร (2548) “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและประสิทธิผลของกลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2548) การบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร ประชุมช่าง
- เนตรพัฒนา ยาวีราช (2549) จริยธรรมธุรกิจ กรุงเทพมหานคร เซ็นทรัลเอ็กซ์เพรส
- บุญดี บุญญาภิกิจและคณะ (2548) การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร จีรวิวัฒน์เอ็กซ์เพรส
- ปทีป เมธาคณวุฒิ (2545) การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนสาขาคอมพิวเตอร์ศาสตร์ที่บูรณาการจริยธรรมทางคอมพิวเตอร์ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรเลิศ ฉัตรแก้ว (2552) *แนวทางการใช้สิทธิในการตายดีในก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนา
การจากไปในวาระสุดท้าย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เดือนตุลา

_____. (2553) *Advance Care Planning and Living Will จากเอกสารประกอบการประชุม
เครือข่าย Palliative Care* รร.แพทย์ ครั้งที่ 4/2553

พระไพศาลวิสาโล (2549) *ประตูดุสภาวะใหม่จากThe Tibetan book of living and dying คำ
สอนทิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย* กรุงเทพมหานคร หจก.สามลดา

_____. (2550) *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์

พระเมธีธรรมภรณ์ (2542) *ความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรมจริยศาสตร์และจริยศาสตร์ในความรู้คู่
คุณธรรม* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ (2543) “ความเลื่อมใสทางสุขภาพและความ
ปลอดภัยในการปฏิบัติกรพยาบาล” *วารสารพยาบาล* 49, 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2543):
151-156

เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ (2539) “ผลของการสอนที่เน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อความสามารถใน
การใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-
ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

เพ็ญศรี รักสละ (2539) “ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน อ้อมโนทัศน์
สภาพแวดล้อมทางคลินิก สัมพันธภาพในทีมสุขภาพ ความร่วมรู้เกี่ยวกับความสามารถ
ในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต
พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

รพีพร กาญจนะภาชนะ(2551) *เอกสารประกอบโครงการประชุมวิชาการพยาบาลประจำปี 2551
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร*

รสสุคนธ์ ชื่นตา และคณะ (2546) “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในปฏิบัติงานของ
บุคลากรทางการพยาบาล” *กรณีศึกษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*
*เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คณะ
รัฐศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2552) *การดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เดือนตุลา
วารางคณา ตาเตียว (2552) “ประสบการณ์การบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติญุมิ” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

- วัฒนาวรรณ บุญกณะ (2544) “การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วันทิวา วัฒนะโชติ (2540) “การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วาสนา สุขไพศาล (2546) “การประสานงานของทีมงานที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐม
ภูมิที่อยู่ต่างสังกัดกัน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการ
พยาบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา บัณฑิตวิทยาลัย
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2552) *การปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรในก่อนวันพลัดใบ*
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เดือนตุลา
- เว็บไซต์รัฐบาลอังกฤษ สืบค้นวันที่ 7/22/2011 จาก [WWW.direct.gov.uk/en/
Governmentotizensandrights/Death/Preparation/DG_10029683](http://WWW.direct.gov.uk/en/Governmentotizensandrights/Death/Preparation/DG_10029683))
- ศศิ อยู่สุขขี (2554) “ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการตัดสินใจต่อ
ความสามารถในการตัดสินใจด้านการบริหารงานของพยาบาลวิชาชีพ” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศิริมา ทองดี (2549) “ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถ
ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล -
ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) *แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA คู่มือ
การวางแผนพัฒนาและบันทึกความก้าวหน้า เพื่อการสื่อสารภายในและเพื่อสื่อสารกับผู้
เยี่ยมชมสำรวจภายนอก กรุงเทพมหานคร ดีไซน์*
_____ (2548) *108 คำถาม HA นนทบุรี ปรมัตต์ การพิมพ์*
- สถาพร ลีลานันทกิจ (2552) *หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เดือนตุลา*
- สภาการพยาบาล (2548) “มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานพยาบาลระดับตติย
ภูมิ และตติยภูมิ” *สภาการพยาบาล กรุงเทพมหานคร*
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2549) *เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล(วิธีดี) นนทบุรี มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช*

- สรวงสุดา ชลัมพูช (2545) "การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน"
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สิทธิศักดิ์ พุกภัยปีติกุล (2542) *ISO 9002 สำหรับ โรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ส.เอเชียเพรส*
- สิดารัตน์ สมัครสมาน (2550) "ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย" วิทยานิพนธ์
 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สิวลี ศิริไล (2551) จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุพัตรา ใจโปร่ง (2554) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ
 โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-
 ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สุมาลี นิมนานนิตย์ (2550) *ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*
 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์
- สุวรรณณ์ แนวจำปา (2554) "การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ" ปริญญาพุทธ
 ศาสตรคุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2552) *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*
 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เดือนตุลา
- โสพรรณ โปทะยะ (2544) "รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 บาดเจ็บที่สมอง" วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
 บัณฑิตวิทยาลัย
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2547) *การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล กรุงเทพมหานคร ดีไซน์*
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ (2551) "ปรับโฉมการดูแลที่ข้างเตียงผู้ป่วย ใน อนุวัฒน์ ศุภชติกุล
 บรรณาธิการ เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก รวบรวมบทความ HA วารสาร Medical Times
 และ Quality Care หน้า 126" นนทบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- อโนทัย เจียรสดาวงศ์ (2550) *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษร
 สัมพันธ์
- อภิวัลย์ แก้ววรรณรัตน์ (2547) *จริยธรรมคุณภาพการพยาบาลเชียงใหม่ ยูนิตีแอนด์โปรเกรส*
 โชลงุจน์
- อรอุมา เฟ่งพินิจ (2551) "เอกสารประกอบโครงการประชุมวิชาการการพยาบาลประจำปี 2551
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า" กรุงเทพมหานคร

- อารีญา ด่านผาทอง (2552) “พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของ
 พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์” *วารสารกองการพยาบาล* 36(1):15
- อำพล จินดาวัฒนะ (2550) *ปฏิเสธรักษาการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต* นนทบุรี
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- Beauchamp,T.L.,& Childress,J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford
 Universty Press.
- Best and Kahn James V. (1993). *Research in Education*. Boston : Allyn and Bacon.
- Betty M.Johnson & Pamela B.Webber (2005). *An Introduction to Theory and Reasoning
 In Nursing*. 2nd ed. The United States of America: Wolters Kluwer Company.
- Bergman,R. (1973). Ethics concepts and practice. *Inti Nurs Rev* 20: 140-141.
- Beverly. (1977). D.W. *Introduction to Patient Care* .3 ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Carson.(1989). *Spiritual Dimensions of Nursing Pracice* . Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Cramer,L.D.,McCorkle,R.,Cherlin,E.,JohnsonHurzeler,R.,&Bradley,E.H.(2003)
- Crisham.P.(1981). Measuring moral Judgment in nursing dilemma nursing research 30: 104-110
- Ellis, J. R., and Hartley, C. L. (1998). *Nursing in today's world*. Philadelphia: Lippincott.
- Elsie L. Bandman & Bertram Bandman (1990). *Nursing Ethics Through the Life Span*. 2nd ed
 The United States of America: Appleton & Lange.
- Fell . Fracdrich and Ferrell.. (2000). *Business ethics: Ethical dimension of decision making and
 Case* . 5th ed. New York : Houghton Mifflin Company.
- Fritzsche, D. J.(2000). “Ethic climate and the ethical dimensions of decision making.
Journal of Business ethic. Retrieved 2010 from: [http://www.car.chula.ac.th/curef-
 db/slist.htm#business/abi/abi](http://www.car.chula.ac.th/curef-

 db/slist.htm#business/abi/abi) Full text: 125-140.
- Fry, S. T. (1994). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*”
 Geneva:ICN.
- Fry, S.T. & Johnstone,MJ. (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical making*.
- George,Julia B. (2002) *Nursing Theories : The Base for Professional Nursing Practice*. New
 Jersey : Prentice Hall.
- Jenks.J.M. (1993)The Pattern of Personal Knowing in Nurse Clinical Decision Making. *Journal
 of Nursing Education*. 32: 397-405.

- Julia M. Addington-Hall and Irene J. Higginson (2001). *Palliative Care For Non-Cancer Patients*. Great Britain: Biddles Ltd, Guildford & King's Lynn .
- Ketefian,S. (1989). "Moral reasoning and ethical practice in nursing measurement issue". *The Nursing Clinics of North America*: 509-521.
- _____. (1999). *Ethics in nursing science. Handouts for participants*. presented at Mahidol University.
- Kohlberg. L.(1976). Moral stage and moralization: *The cognitive developmental approach in moral development and behavior: Theory research and social issues*. New York: Holt Reinhart and Winston.
- McCormick,J.E.,and Ligen,D. (1985). *Industrial and organizational psychology*. 3rd ed.
- Mirken, B. (1998). *You and your doctor: Ideas on managing one of the most important Relationships in your life*. San Francisco: A Publication of the San Francisco AIDS Foundation.
- Morse,J.M. and Field, P.A. (1995). *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. 2nd ed. California : Sage.
- Raines, M. L.(2000). "Ethical decision making in nurse: relationship among moral reasoning, Coupling style, and ethical stress". *JONA Healthcare Law, Ethics and Regulation*: 29-40
- Redman,B.K.,&Fry,S.T.(1998). "Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses". *Rehabilitation Nursing*: 179-184.
- Sara T.Fry & Robert M. Veatch (2006).*Case Studies in Nursing Ethics*. 3rd ed. The United States of America: Johnes and Bartlett Publishers.
- Swansburg and Swansburg. (1995). *Nursing Staff Development*. London : Jones and Bertlett Publisher.Co.Terminally and Nonterminally Hospitalized Adult and Well Adult". *Applied Nursing Reserch* (January): 122-128.
- Tolento, B, Watson. J.in J.B. George. (Ed.) (1995). *Nursing theories ; The base for Professional nursing practice*. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ ; Prentice Hall International.
- Triandis, Hemy C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York : John wiley & Sons.
- W.H.O. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva:Report of a WHO expert committee.

- Watson , M.J. (1996). *Watson's theory of transpersonal caring*. In P.H. Walker & B. Newman (Eds), *Blueprint for use of nursing models* (pp.141-184). New York:NLN Press.
- Watson . J .(1985). *The Philosophy the Science of Caring*. Colorado : Coronado University Press.
- _____. (1998).“New Dimensions of Human Caring Theory.” *Nursing Science Quaterly*. (Febuary): 32-33.
- Wurzbach, M.E. (1999) “Acute care nurse experiences of moral certainty”. *Journal of Adance Nursing* (August): 287 -294.





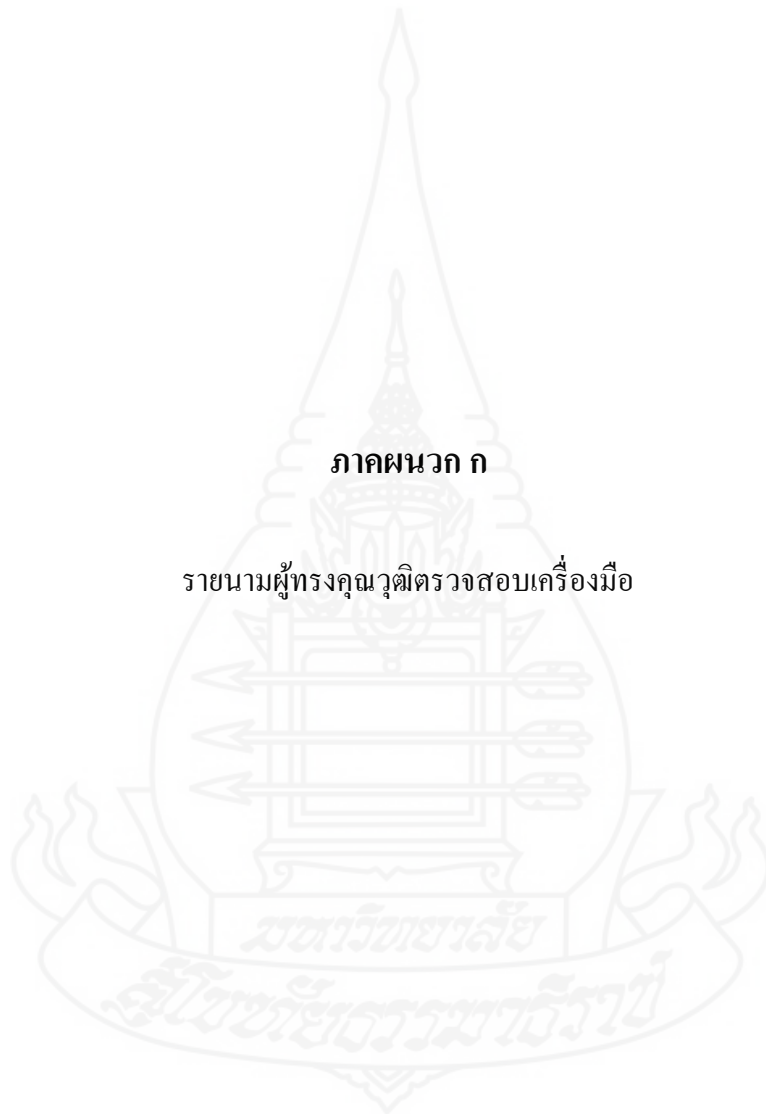
ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่งและสังกัด
1. อาจารย์ฟ้าริดา อิบราฮิม	อาจารย์พยาบาลเกษียณอายุ
2. รศ.สีวลี ศิริไล	รองศาสตราจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ปริญญา(สาขาจริยศาสตร์)กรรมการการวิจัยในมนุษย์ ในฐานะนักจริยศาสตร์และในฐานะคนนอก (Lay Person)
3. ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญญาสกุณ	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. พันโทหญิงพรรณิ ปานเทวัญ	กรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลทหารบก อาจารย์พยาบาล สังกัดกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารบก





ที่ ศษ 0522.26/ศ 1419

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๓ ตุลาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ฟาริดา อิบราฮิม

ด้วยพ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการ
บริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราชได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ
อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เข็มสวัสดิกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-5100-3945 (พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร)

ที่ ศธ 0522.26/๑ 141๙



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

3 ตุลาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ สิวลี ศิริไล

ด้วย พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-5100-3945 (พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร)

ที่ ศธ 0522.26/ก 1419



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

3 ตุลาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย พ.ศ.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-5100-3945 (พันตรีหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร)

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล



ที่ ศธ 0522.26/ว 1419

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

3 ตุลาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ด้วย พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริน เอี่ยมสวัสดิกุล)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-5100-3945 (พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร)



ที่ ศธ 0522.26/ว 14 19

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๓ ตุลาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย


เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ด้วย พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าพัน โทหญิงพรณี ปานเทวัญ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-5100-3945 (พันตรีหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร)

สำเนาเรียน พันโทหญิงหญิง พรณี ปานเทวัญ

ที่ ศธ 0522.26/ว 1419



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

3 ตุลาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน พันโทหญิงพรรณิ ปานเทวัญ

ด้วย พันตรีหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

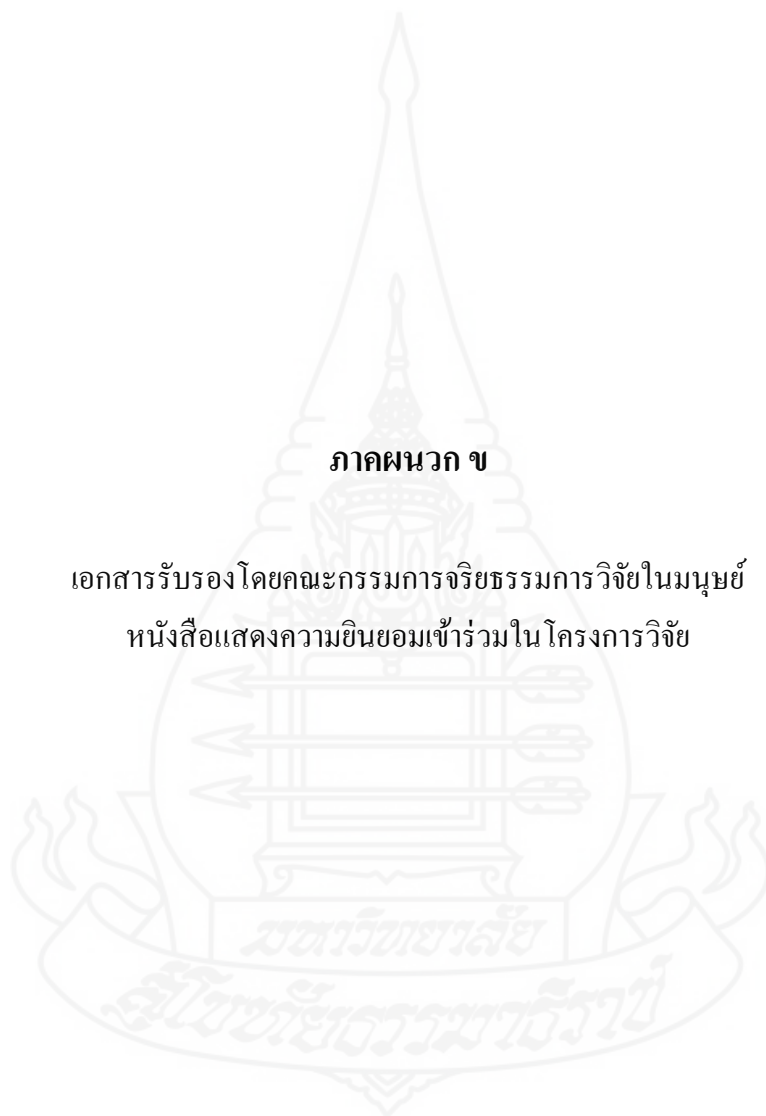
โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

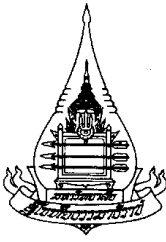
โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-5100-3945 (พ.ต.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร)

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ชื่อโครงการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เลขที่โครงการ/รหัส

ID 2525100687

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

พันโทหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร

ที่ทำงาน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *Dr. Chinnajit Pochaisuth*

(อาจารย์ ดร.ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *Adm. Srinu*

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 11 57 54



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ N001q/55_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

[The Development of Ethical Decision Making Program for Taking care of Patients
with end of life by Professional Nurses in Phramongkutklao Hospital.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : พ.ท.หญิงรุ่งทิวา จุลยามิตรพร

สังกัดหน่วยงาน : กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- เอกสารรับรอง :
1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยครั้งแรก
 2. โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย
 3. แบบเก็บข้อมูล
 4. ประวัติผู้วิจัย
 5. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม

วันที่รับรองให้ทำการวิจัย : 23 มีนาคม 2555

วันสิ้นสุดการรับรอง : 22 มีนาคม 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
และ แนวปฏิบัติ ICH GCP จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

พันเอกหญิง เยาวนา ณะพัฒน์

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอกสพล อนันต์น้ำเจริญ

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ชี้แจง :

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย : พ.ศ.หญิง รุ่งทิวา จุลยมิตรพร หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิษณ 14/1 กองศัลยกรรม โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า

ผู้ให้ทุนวิจัย : ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้ร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้
ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำวิจัย

ในโอกาสนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยเพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ และ
ตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นการสมัครใจของท่าน โดยไม่
มีการบังคับหรือชักจูง โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์เข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 1200 เตียง ภารกิจคือการรักษา ดูแล พิเศษ และส่งเสริม
สุขภาพ การรักษามีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยมักไม่ค่อยก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลให้กับพยาบาล แต่กลุ่มผู้ป่วย
หมอดหวังเป็นกลุ่มที่ประหลาด เนื่องจากผู้ป่วยและญาติเองมักมีความเครียดมากกว่า เนื่องจาก ไม่ว่าจะให้การรักษาอย่างไรก็
ความ ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในเวลาถัดมา พยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดมากที่สุดจะปฏิบัติงานอย่างไร ให้เกิดความพึงพอใจด้วยกันทุก
ฝ่าย ไม่เกิดข้อขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังเป็นการตัดสินใจที่ต่าง
คนต่างฝ่ายต่างดำเนินการ ไม่มีโปรแกรมการตัดสินใจเชิงกฎหมายและจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้การ
พยาบาลคนหลักการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ดูเหมือนไม่น่าเพียงพอในยุคปัจจุบันซึ่งประชาชนมีความรู้และความคาดหวังต่อการ
บริการสูง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป และเต็มใจที่จะเข้า
ร่วมโครงการวิจัย

 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เมื่อ 27 มี.ค. 2555

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ภายหลังจากที่ท่านลงนามและยินยอมท่านจะได้รับแบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะมีเวลาตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นกรุณานำส่งที่หัวหน้าหอของท่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้ไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

ความไม่สะดวก หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ไม่มีเนื่องจากการตอบแบบสอบถาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ได้โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และเชื่อว่า หากได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้จะทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น
2. เพื่อนำเสนอโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้บริหารสูงสุด เพื่อพิจารณานำไปใช้ในการปฏิบัติและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบต่างๆ ในแผนกอื่นๆตามความเหมาะสมต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

การเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการจ่ายและค่าตอบแทนใดๆในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากท่านมีคำถามที่ข้องเกี่ยวกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัย

พ.ต.หญิงรุ่งทิwa จุลยามิตรพร หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 14/1 โทร 02-3547600-28 ต่อ 93276 หรือ โทร.085-1003945

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยและระบุข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามและมีการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นอย่างดี

ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยนี้หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆหรือสูญเสียประโยชน์ใดๆ



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ลงนาม

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือขู่ขู่

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลิกการเข้าร่วม โครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ ในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัวข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

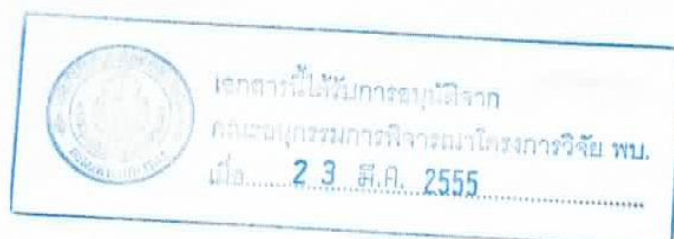
ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนิน โครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)





คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

317 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์, (662) 3547-600-28 ต่อ 94297 โทรสาร, (662)354-9011

ที่ 401 /2555

วันที่ 27 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอชี้แจงการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติ

เรียน พ.ท.หญิงรุ่งทิวา จุลยามิตรพร

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย RF14, แบบรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัย RF06, แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ RF19, แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง RF20, แบบรายงานสรุปผลการวิจัย RF 16

ตามที่ คณะอนุกรรมการฯ ได้อนุมัติโครงการวิจัย เรื่อง "การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า" [The Development of Ethical Decision Making Program for Taking care of Patients with end of life by Professional Nurses in Phramongkutklao Hospital.] โดยมีระยะเวลาการรับรอง 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2555 ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2556 ความถี่ในการส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี (ต้องส่งรายงานความก้าวหน้างานวิจัย ภายใน 2 เดือนก่อนหมดอายุเพื่อพิจารณาการรับรองต่อเนื่อง) คณะอนุกรรมการฯ ขอชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการรายงานต่างๆ ดังนี้-

1. การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัย, คู่มือนักวิจัย, เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบยินยอมฯลฯ ใช้แบบฟอร์ม RF 06
2. การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้แบบฟอร์ม RF 19
3. การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง ใช้แบบฟอร์ม RF 20
4. การรายงานความก้าวหน้า ใช้แบบฟอร์ม RF 14
5. การรายงานสรุปผลการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF 16 และบทคัดย่อภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ
6. แนบ CD word file ตามรายละเอียดของรายงานที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

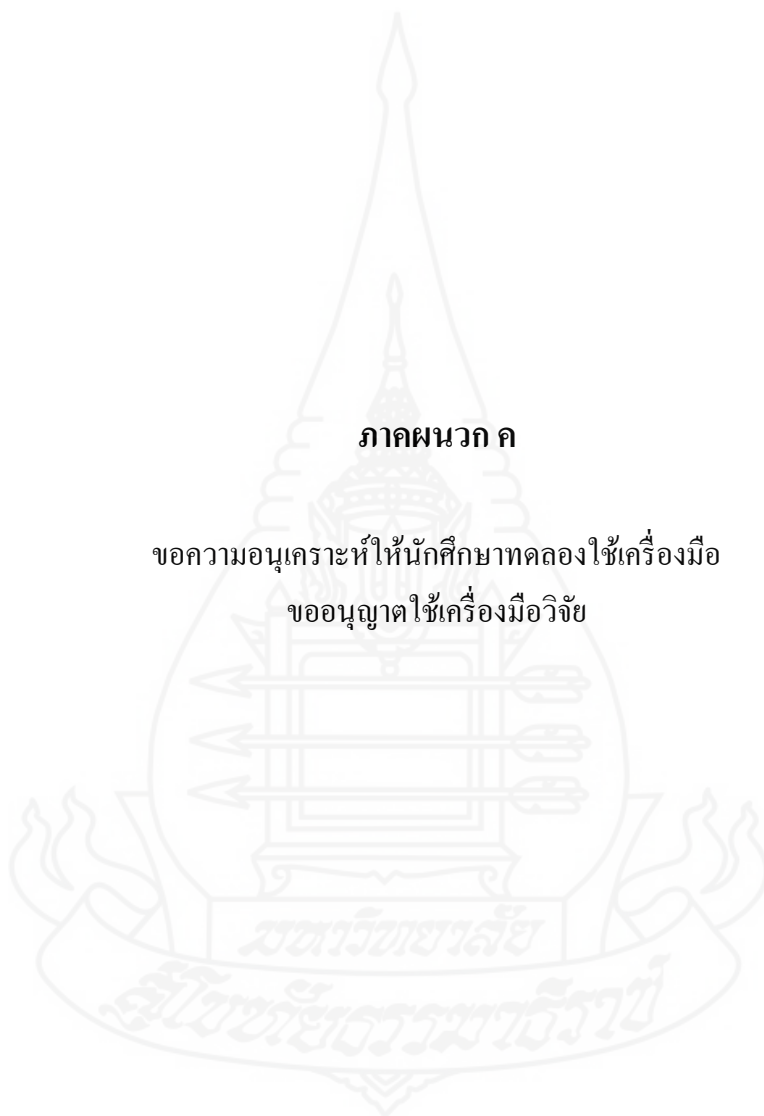
พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

ภาคผนวก ค

ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือ
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ 0522.26 / ๒๐

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

๑ มกราคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ด้วย พันตรีหญิงรุ่งทิwa จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” โดยรองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ใ้ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาสถานการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เข็มสวัสดิกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-250-32620

ที่ ศร ๐๕๒๒.๒๖ / ๑๑๑๒



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วยพันตรีหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนา
โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดย
มีรองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ ผลของโปรแกรมการ
ฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง
ของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ของคุณศิริมา ทองดี คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย เพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ
ได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมาก โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗, ๐-๒๕๐๔-๘๐๔๖

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

ที่ ศท 0512.11/ 1576



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ สิงหาคม 2555

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

อ้างถึง หนังสือ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ที่ ศท 0522.26/1112 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2555
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า พันตรีหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” มีความประสงค์จะขอใช้เครื่องมือการวิจัยคือ ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” ของ ศิริมา ทองดี นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาต ให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและการปรับเครื่องมือ (ถ้ามี) ให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

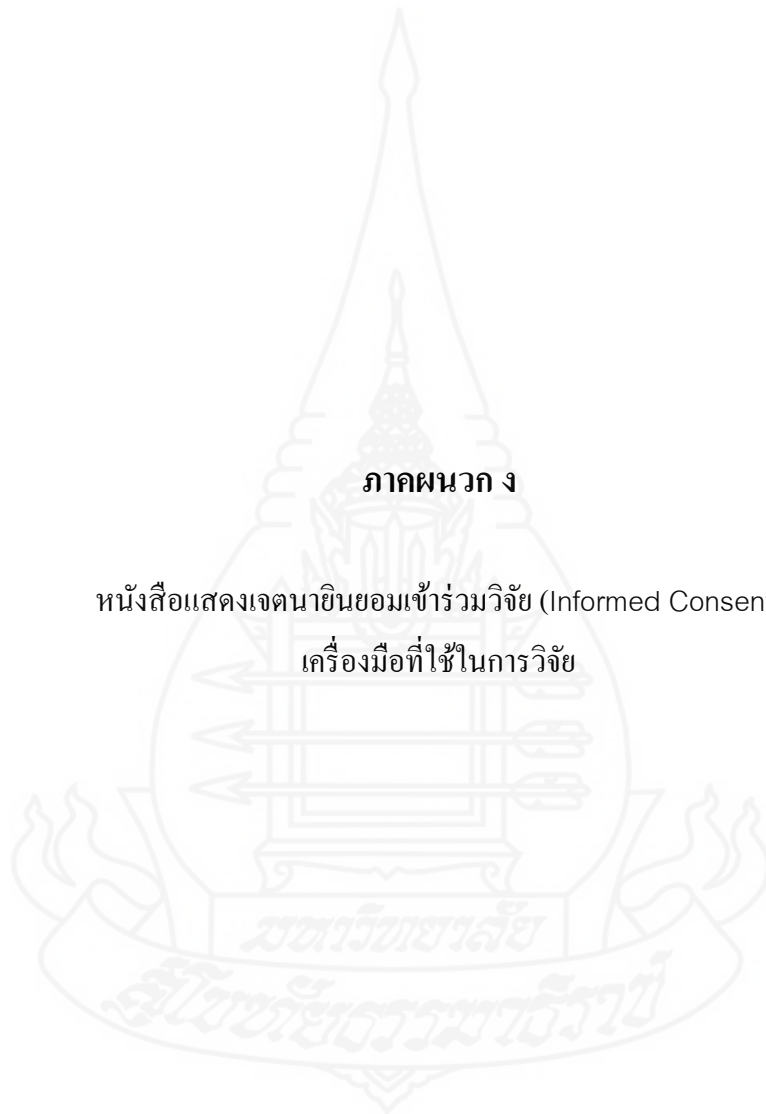
โทร. 0-2218-1129

โทรสาร. 0-2218-1130

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ลงนาม

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัวข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

เลขที่แบบสอบถาม ๐๐๐

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ชี้แจง :

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย : พ.ท.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 14/1 กองศัลยกรรม โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า

ผู้ให้ทุนวิจัย : ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้ร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างทำวิจัย

ในโอกาสนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยเพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ และตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นการสมัครใจของท่าน โดยไม่มีการบังคับหรือชักจูง โปรดอย่าลบลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 1200 เตียง ภารกิจคือการรักษาดูแล ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ การรักษามีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยมักไม่ค่อยก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลให้กับพยาบาล แต่กลุ่มผู้ป่วยหมดหวังเป็นกลุ่มที่เปราะบาง เนื่องจากผู้ป่วยและญาติเองมักมีความเครียดมากกว่า เนื่องจากไม่ว่าจะให้การรักษาอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในเวลาถัดมา พยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดมากที่สุดจะปฏิบัติงานอย่างไรให้เกิดความพึงพอใจด้วยกันทุกฝ่ายไม่เกิดข้อขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังเป็นการตัดสินใจที่ต่างคนต่างฝ่ายต่างดำเนินการ ไม่มีโปรแกรมการตัดสินใจเชิงกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้การพยาบาลตามหลักการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ดูเหมือนไม่น่าเพียงพอในยุคปัจจุบันซึ่งประชาชนมีความรู้และความคาดหวังต่อการบริการสูง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป จาก 11 แผนกพยาบาล ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 317 คน (ข้อมูลจากกำลังพลกองการพยาบาล เมื่อ มกราคม 2554) และเต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ภายหลังจากที่ท่านลงนามและยินยอมท่านจะได้รับแบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะมีเวลาตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นกรุณานำส่งที่หัวหน้าหอของท่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้ไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ความไม่สะดวก หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ไม่มีเนื่องจากการเป็นการตอบแบบสอบถาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากโครงการวิจัย

1. ได้โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และเชื่อว่าหากได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้จะทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น

2. เพื่อนำเสนอโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้บริหารสูงสุด เพื่อพิจารณานำไปใช้ในการปฏิบัติและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบต่างๆในแผนกอื่นๆตามความเหมาะสมต่อไป

3. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

การเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการจ่ายและค่าตอบแทนใดๆในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัย

พ.ท.หญิงรุ่งทิwa จุลยามิตรพร หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 14/1 โทร 02-3547600-28 ต่อ 93276 หรือ โทร.085-1003945

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยและระบุข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามและมีการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นอย่างดี

ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยนี้หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆหรือสูญเสียประโยชน์ใดๆ

แบบสอบถามของการวิจัยเรื่อง

“การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า”

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึงเป็นความสามารถของบุคคลในการเลือกกิจกรรมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสถานการณ์ที่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ข้อขัดแย้งทางจริยธรรม และกฎหมายตามมาตราที่ 12 ในการปฏิบัติงานทางคลินิก

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแม้ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ และได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในแบบสอบถามชุดนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวข้างต้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอานันทมหิดล โดยแบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อศึกษาสภาพการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล จำนวน 49 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการตัดสินใจผ่านกระบวนการพยาบาล โดย

ขั้นตอนประเมินสภาพ จำนวน 7 ข้อ

ขั้นตอนวางแผน จำนวน 4 ข้อ

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 34 ข้อ

ขั้นตอนการประเมินผล จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

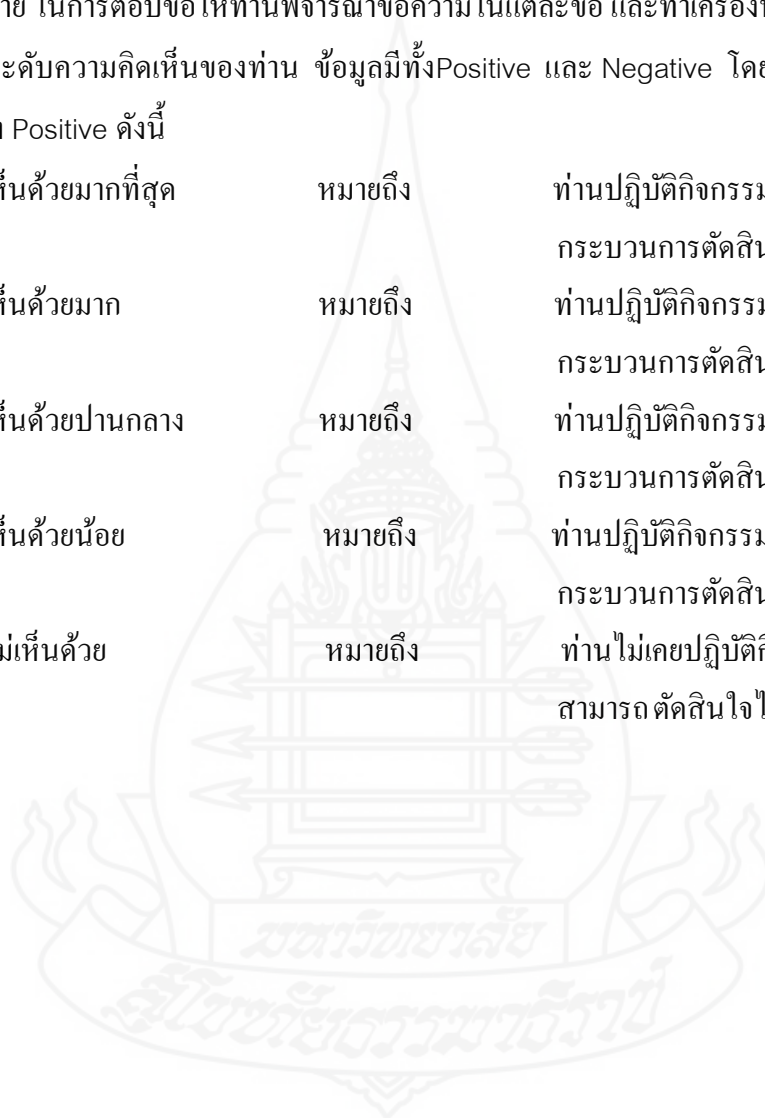
คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านเพียงคำตอบเดียว

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
2. เพศ () หญิง () ชาย
3. ศาสนา.....
4. สถานะภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย / หย่า / แยก
5. การศึกษาสูงสุด () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
6. ท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน
 - () กองอายุรกรรม
 - () กองศัลยกรรม
 - () กองออร์โธปิดิกส์
 - () กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน
 - () อื่นๆ
7. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งในการปฏิบัติงาน
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี
8. ท่านปฏิบัติงานด้านการพยาบาลทั้งสิ้นเป็นเวลา.....ปี.....เดือน
(นับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
9. ท่านเคยเข้ารับการอบรมหรือประชุมวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
(นับตั้งแต่จบการศึกษาพยาบาลจนถึงปัจจุบัน)
 - () ไม่เคย
 - () เคย จำนวน.....ครั้ง
10. ท่านเคยรับการอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
 - () ไม่เคย
 - () เคย จำนวน.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง : ส่วนนี้สอบถามถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการตอบขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน ข้อมูลมีทั้ง Positive และ Negative โดยมีเกณฑ์ในการตอบถ้าเป็นทาง Positive ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นหรือไม่สามารถตัดสินใจได้



ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
<p>ขั้นตอนประเมินสภาพ (Assessment)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การพยาบาล 2. ประเมินสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ(เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา)และครอบครัวผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาล 3. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล 4. ประเมินสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสังคม (เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา) ก่อนให้การพยาบาล 5. ให้โอกาสญาติมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วยเพื่อร่วมวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วย 6. มีการประเมินร่วมกับทีมสุขภาพ (พยาบาล แพทย์และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง)ในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล 7. ทำนประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยตนเอง <p>ขั้นตอนวางแผน (Planning)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ 2. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ (เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา) และสภาพของครอบครัว 3. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย 4. มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วย <p>ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย 2. ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพของปัญหาทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
<p>3. มีการบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว</p> <p>4. เต็มใจรับฟังข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ</p> <p>5. ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม</p> <p>6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติตามความเชื่อทางจิตวิญญาณโดยไม่ขัดกับแผนรักษา</p> <p>7. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัว และไม่ละเลยที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล</p> <p>8. รายงานความเลื่อมเมื่อพบว่าตนเองจัดยาให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผิดขนาดแก่ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ</p> <p>9. จะมีการบันทึกอาการผู้ป่วยสมองตายอย่างละเอียด หากจะทำให้ท่านมีผลประโยชน์หรือปกป้องตัวท่าน</p> <p>10. ให้อาผู้ป่วยตามเวลา เพราะจะเกรงว่าถูกตำหนิและเขียนรายงานถ้าเวรนิเทศมาตรวจหอผู้ป่วยแล้วพบว่าท่านให้อาผู้ป่วยก่อนเวลา</p> <p>11. จัดหายาแก้ปวดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ประจำหอผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการจัดหายาให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>12. พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับให้กับผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวเนื่องจากมีระเบียบปฏิบัติกำหนดไว้</p> <p>13. กล่าวทักทายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งแก่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้</p> <p>14. ดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวให้โล่งเนื่องจากเกรงว่าผู้ป่วยไม่สุขสบาย</p> <p>15. ทำแผลกดทับให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งแผลสกปรกหากตามแผนการรักษา</p> <p>16. ปกป้องผู้ป่วยในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาลถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึก เช่น การปิดม่านเพื่อไม่เปิดเผยผู้ป่วยขณะเช็ดตัว</p> <p>17. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาให้กำลังใจผู้ป่วยหมดหวังด้วยความเต็มใจและตั้งใจ</p>					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
<p>18. แสดงกิริยาสุภาพ ไม่ตอบโต้ แม้ว่าจะพบเหตุการณ์ว่าญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแสดงความไม่พึงพอใจในบริการ</p> <p>19. ให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุรถชนหน้าโรงพยาบาลทันที ในขณะที่มาเข้าเวร เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต</p> <p>20. ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหลักสะอาดปราศจากเชื้อทุกรายแม้ไม่มีผู้ใดอยู่ในสภาพติดเชื้อ</p> <p>21. หยุดให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีเมื่อทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย</p> <p>22. ท่านกลัวผู้ป่วยฟ้องร้องถ้าขัดกับเจตนาฯไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขจึงตัดสินใจไม่ตามแพทย์มาใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมีการเหนื่อยหอบ</p> <p>23. จะดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วย ตามมาตรา 12 พรบ.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. /2550 โดยงดการใส่เครื่องช่วยหายใจและให้หัตถการแก่ผู้ป่วยมี severe brain damage จาก Cerebral hemorrhage</p> <p>ปฏิบัติร่วมกับญาติ</p> <p>24. รับฟังข้อมูลและความต้องการของญาติผู้ป่วยด้วยความเต็มใจทุกครั้ง</p> <p>25. แจ้งญาติผู้ป่วยไม่รู้สึกรังเกียจทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลเนื่องจากมีกฎหมายวิชาชีพพระบัพว่าห้ามละเมิดสิทธิผู้ป่วย</p> <p>26. เสนอและนัดหมายให้ญาติพบกับผู้ป่วยเพื่อได้มีโอกาสลาเพื่ออโหสิกรรมกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>27. มีการยินยอมให้ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ยาสมุนไพรที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เนื่องจากยอมรับและให้ความสำคัญกับความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ</p>					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
<p>28. อนุญาตให้ครอบครัวเยี่ยมผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว แม้หมดเวลาเยี่ยมแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อยามจำเป็น</p> <p>29. ท่านปรึกษารอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลในสถานการณ์ผู้ป่วย ประสบอุบัติเหตุพบ Multiple system trauma และ fractures ผู้ป่วยมีภาวะ ARDS และได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้</p> <p>ปฏิบัติร่วมกับทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาลและบุคคลในทีม)</p> <p>30. ท่านช่วยเหลือเปลี่ยนสิทธิการรักษาที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยที่ไร้ญาติและไม่รู้สีกตัวเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ที่ดีกว่าโดยปรึกษากับแผนกที่เกี่ยวข้อง</p> <p>31. เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแล</p> <p>32. รับฟังข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยจากทีมสุขภาพด้วยความเต็มใจ</p> <p>33. ให้การพยาบาลในการร่วมปรึกษากับทีมแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด</p> <p>34. ท่านนัดหมายให้ญาติพบกับทีมการรักษาพยาบาลเพื่อเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ดี</p> <p>ขั้นตอนประเมินผล (Evaluation)</p> <p>1. มีการประเมินผลการพยาบาลแก่ผู้ป่วยครอบคลุมระบบต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่ผิดปกติ</p> <p>2. ท่านประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสังคม(เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา) และสถานภาพครอบครัว</p> <p>3. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย</p> <p>4. ท่านร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>					

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์มี 2 ชุด คือ
ชุดที่ 1) แบบสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาล
ชุดที่ 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ
แต่ละชุดประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบการบันทึกบทสนทนา
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ชุดที่ 1) แบบสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาล
- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
1. อายุ.....ปี.....เดือน เพศ () ชาย () หญิง ศาสนา.....
สถานะภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย /หย่า/แยก
 2. ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี

3. ระดับการศึกษา () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () ปริญญาโท ()
ปริญญาเอก

ส่วนที่ 2 การบันทึกบทสนทนา

สถานที่.....รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น. ถึง.....น.

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาล เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยประยุกต์ 3 แนวคิดคือการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของ Jean Watson (1985) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg (1976) และแนวคิดด้านกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 โดยการตัดสินใจผ่านกระบวนการพยาบาล โดยมีดำเนินการดังนี้

ขั้นเริ่มต้นสนทนา แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ พุดคุย ชักถามเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และขออนุญาตบันทึกเทป

ขั้นดำเนินการสนทนา ประกอบด้วย

ประเด็นในการสนทนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

- 1) พยาบาลร่วมกับท่านในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติหรือไม่
- 2) พยาบาลร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับท่านหรือไม่
- 3) พยาบาลรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากท่านด้วยความเต็มใจหรือไม่
- 4) พยาบาลร่วมกับท่านในการประเมินผลการดูแลรักษาหรือไม่

ประเด็นในการสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

1) ท่านเคยพบเหตุการณ์ว่าพยาบาลเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้จะเป็นผู้ป่วยหมดหวังหรือไม่ และท่านมีความเห็นต่อเหตุการณ์นี้อย่างไร

2) ท่านเคยพบเหตุการณ์พยาบาลหยุดให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเมื่อทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

ขั้นยุติการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวในสิ่งที่ต้องการพูด และหากต้องการเพิ่มเติมจะขออนุญาตมาพูดคุยอีกครั้งหนึ่ง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ.....ปี.....เดือน เพศ () ชาย () หญิง ศาสนา.....

สถานะภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย /หย่า /แยก

2. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี

3. ระดับการศึกษา () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก

ส่วนที่ 2 การบันทึกบทสนทนา

สถานที่.....รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น. ถึง.....น.

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์

.....

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ขั้นเริ่มต้นสนทนา แนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ พูดคุยซักถามเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และขออนุญาตบันทึกเทป

ขั้นตอนการสนทนา ประกอบด้วย

ประเด็นในการสนทนาทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร ในด้านต่างๆเหล่านี้คือ

1) พยาบาลร่วมกับท่านในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วยเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร

2) พยาบาลร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับท่านหรือไม่ อย่างไร

3) พยาบาลรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากท่านด้วยความเต็มใจหรือไม่ อย่างไร

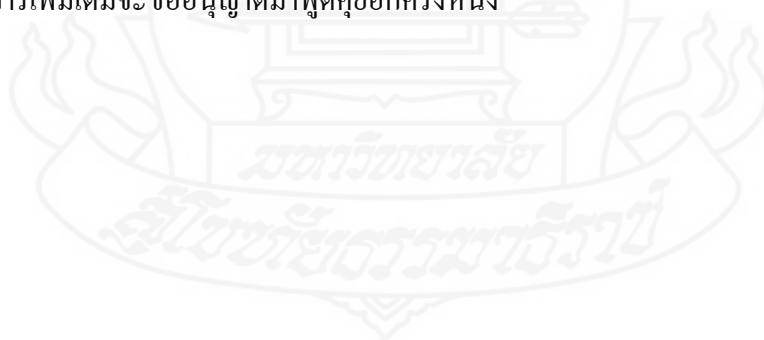
4) พยาบาลร่วมกับท่านในการประเมินผลการดูแลหรือไม่ อย่างไร

ประเด็นในการสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมญาติ มีดังนี้

1) ท่านเคยพบเหตุการณ์ว่าพยาบาลเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้จะเป็นผู้ป่วยหมดหวังหรือไม่ และท่านมีความเห็นต่อเหตุการณ์อย่างไร

2) ท่านเคยพบเหตุการณ์พยาบาลหยุดให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเมื่อทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

ขั้นยุติการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวในสิ่งที่ต้องการพูด และหากต้องการเพิ่มเติมจะขออนุญาตมาพูดคุยอีกครั้งหนึ่ง

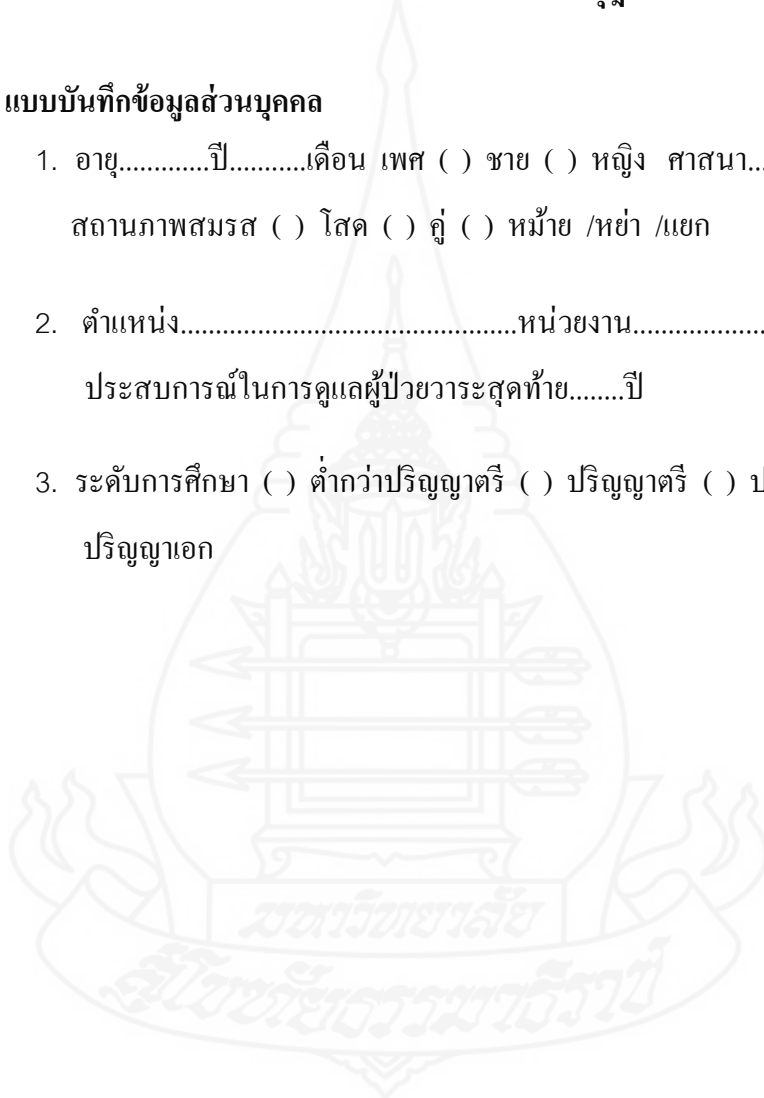


ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่... 6.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ.....2555.....เวลา.....08.00 – 16.00.....
ณ ห้อง.....โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี.....เดือน เพศ () ชาย () หญิง ศาสนา.....
สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย /หย่า /แยก
2. ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี
3. ระดับการศึกษา () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () ปริญญาโท ()
ปริญญาเอก



ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ตามความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อ

ตัวเลขในช่องคะแนนมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|------------|
| 1 | หมายถึง | น้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | น้อย |
| 3 | หมายถึง | ปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | มาก |
| 5 | หมายถึง | มากที่สุด |

ตอนที่ 2.1 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ข้อความ	มากที่สุด(5)	มาก (4)	ปานกลาง(3)	น้อย(2)	น้อยที่สุด(1)
ส่วนที่ 1 แผนการสอน					
1.1“การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม”					
1) เนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนรู้ ครอบคลุมชัดเจน เข้าใจง่าย					
2) เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น					
3) เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้					
1.2 “จริยธรรม การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ”					
1) เนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนรู้ ครอบคลุมชัดเจน เข้าใจง่าย					
2) เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น					
3) เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้					
1.3 การปฏิบัติตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550					
1) เนื้อหาสอดคล้องกับการเรียนรู้ ทันสมัย ชัดเจน เข้าใจง่าย					
2) เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น					
3) เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้					
1.4 การฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมจากกรณีศึกษา/ สถานการณ์จำลอง					
1) เนื้อหาเหมาะสมกับการเรียนรู้ บรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย					

ข้อความ	มากที่สุด(5)	มาก (4)	ปานกลาง(3)	น้อย(2)	น้อยที่สุด(1)
2) เนื้อหาทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น					
3) เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้					
ส่วนที่ 2.ด้านคู่มือการสอน					
1) การนำเสนอเนื้อหาของคู่มือการสอนมีความชัดเจน เหมาะสม					
2) คู่มือการสอนมีประโยชน์ ช่วยให้สามารถสอนให้เกิดความเข้าใจดีขึ้น					
ส่วนที่ 3 ด้านประสิทธิผลของการเข้าร่วมโปรแกรม					
1) กิจกรรมระหว่าง โปรแกรมสอดคล้องและเสริมทักษะในการปฏิบัติงาน					
2) เกิดความพึงพอใจที่มีต่อผลลัพธ์จากการเข้าร่วมโปรแกรม					
3) สามารถนำผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปใช้ได้จริง					
4)นำประโยชน์จากการฝึกทักษะตามขั้นตอน และกิจกรรมการฝึกมาพัฒนาการใช้ เหตุผลทางจริยธรรมได้					
5)กิจกรรมการสอนมีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริง					

ตอนที่ 2.2 การนำโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ท่านคิดว่าท่านสามารถมีความรู้และทักษะจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติงาน
จริงได้มากน้อยเพียงใด และมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง (โปรดระบุรายละเอียด)

.....

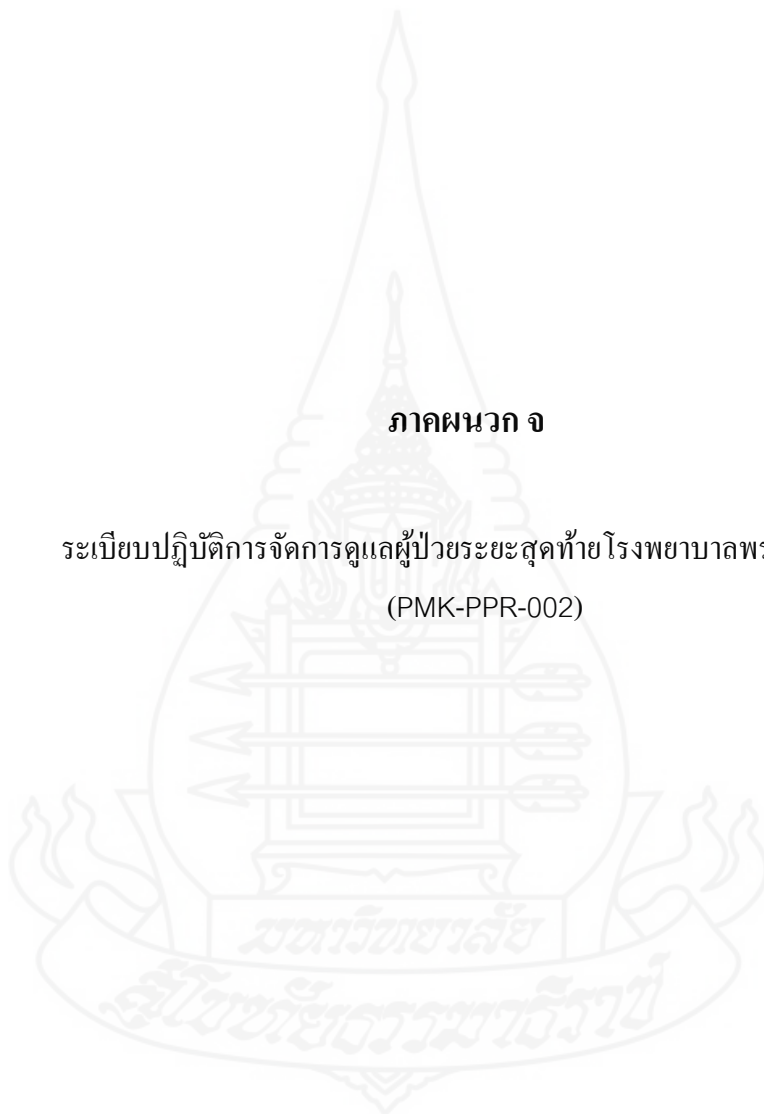
ตอนที่ 2.3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ท่านมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ต่อการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไรบ้าง (โปรดระบุ
รายละเอียด)

.....

ภาคผนวก จ

ระเบียบปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
(PMK-PPR-002)



ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าให้เป็นไปด้วยความมีระเบียบเรียบร้อย ตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของโรงพยาบาลซึ่งต้องการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้กำหนดระเบียบปฏิบัติไว้ดังนี้คือ

4.1 ระเบียบนี้ว่าด้วยระเบียบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ว่าด้วยเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4.2 นโยบาย

4.2.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

4.2.2 การงดหรือหลีกเลี่ยงการรักษาเพื่อชะลอความตาย หรือการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย จัดเป็นแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ขึ้นกับความเห็นของคณะแพทย์ที่ทำการรักษาและการตัดสินใจของครอบครัวและญาติหรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

4.3 ขอบเขตการใช้งาน

- ระเบียบนี้ให้ยึดถือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4.4 นิยาม : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในที่นี้หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงอยู่ในขั้นวิกฤตและไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งคณะแพทย์ที่ทำการรักษาลงความเห็นว่าไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ด้วยวิธีการใดๆและอาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

4.5 ขอบเขตความรับผิดชอบ

อาจารย์แพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง

- พิจารณาว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเข้าข่าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือไม่

- ให้ข้อมูล คำแนะนำ แก่ครอบครัวและญาติเรื่องแผนการรักษาระยะสุดท้ายพร้อมทั้งตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยร่วมกัน

- ให้การดูแลรักษาแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่ได้กำหนดร่วมกัน

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะได้กล่าวในหัวข้อ 1.4

4.6 วิธีการปฏิบัติ

4.6.2 เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล สงสัยเข้าข่าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้อาจารย์แพทย์ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ขอความเห็นเพิ่มเติมจากแพทย์ที่ปรึกษา เพื่อยืนยันว่า สอดคล้องกับนิยามของคำว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระเบียบฯนี้

4.6.3 เมื่อแพทย์ที่ปรึกษาลงความเห็นยืนยันว่าเข้าข่าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้อาจารย์แพทย์ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ดำเนินการดังต่อไปนี้คือให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ครอบครัว และญาติ เรื่องแผนการดูแลรักษาระยะสุดท้าย พร้อมตอบข้อซักถามของญาติโดยละเอียด และร่วมกันตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เขียนบันทึกย่อในเวชระเบียนโดยให้ใจความครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ ข้อมูลที่ระบุถึงสภาพอาการของผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย สรุปแผนการรักษาระยะสุดท้ายที่ได้จากการพูดคุยกับครอบครัว และญาติ กรณีแพทย์ ครอบครัวและญาติตกลงเลือกแผนการงดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ให้ปฏิบัติตามระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยการงดทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ปีพ.ศ. 2544)

4.6.4 ให้อาจารย์แพทย์ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง แจ้งให้แพทย์ซึ่งร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย ทราบผลสรุปแผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้จากการพูดคุยกับครอบครัวและญาติ

4.6.5 พยาบาลมีหน้าที่ตามระเบียบที่ได้กำหนด

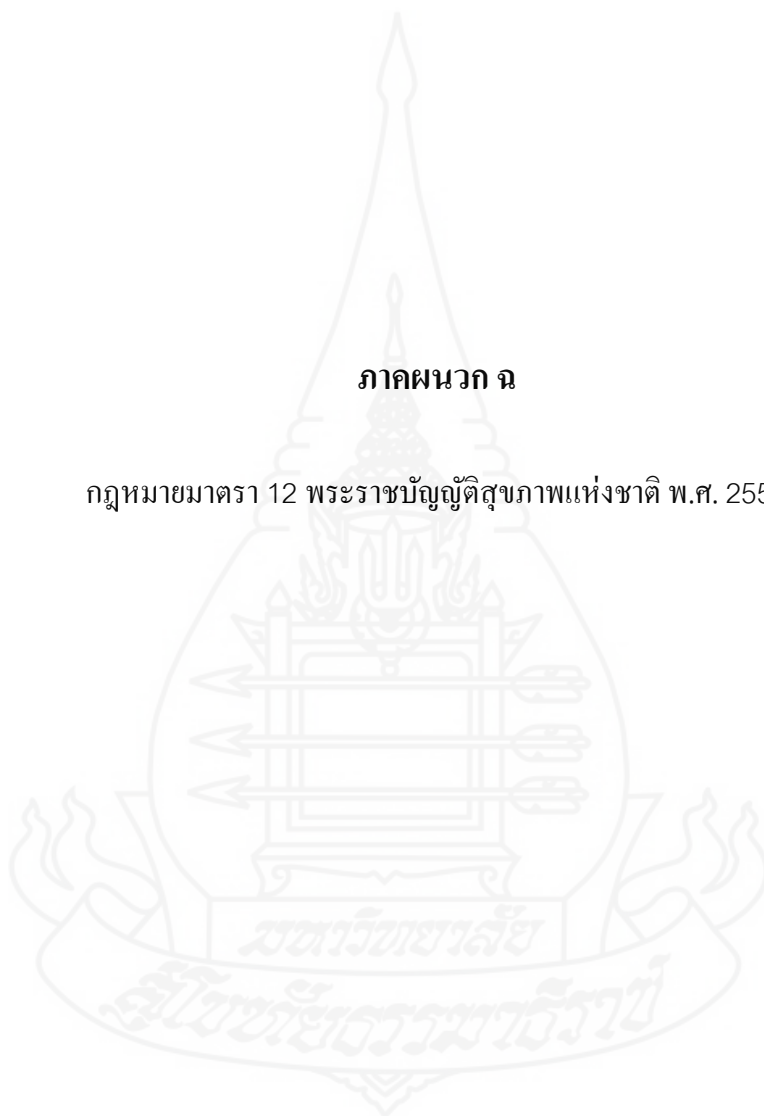
4.6.6 แผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีการระบุถึงการงดหรือหลีกเลี่ยงการรักษา เพื่อชะลอความตาย และ/หรือการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย ไม่ได้หมายความว่าคณะแพทย์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จะหยุดให้การรักษาผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง แต่หมายถึงว่าผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคองแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยงดหรือหลีกเลี่ยง และ/หรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้

4.6.7 ในกรณีที่ครอบครัวและญาติขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลต่อไป โดยมีความประสงค์จะขอรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือภูมิลำเนาเดิม ให้ปฏิบัติตามระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยเรื่องการทำหนังสือแสดงความไม่ยินยอมรับการรักษา พ.ศ. 2544

4.6.8 แผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีผลเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้เขียนบันทึกโดยย่อในเวชระเบียน

ภาคผนวก ฉ

กฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550



อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย นายกรัฐมนตรีออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย โดยให้มีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจจะแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ โดยวิธีสื่อสารตามปกติ

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการทางการแพทย์หรือวิธีการอื่นใด ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมคัดสินใจนำใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อวัตถุประสงค์จะยืดการตายออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นไปจากความตาย หรือพ้นจากความทรมานโดยสิ้นเชิงได้ แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทั่วไปในทางวิชาชีพเห็นว่า ภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่แน่นอน และให้รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย

“สภาพผักถาวร” หมายความว่า ภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางวิชาการ แพทย์ว่า มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างยาวนานและถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีก็เพียงปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกาย จิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้บรรเทาอาการต่างๆที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานดังกล่าวลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น หรือหายจากการบาดเจ็บหรือโรคนั้นได้ เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นต้น

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 2 เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนา มีความชัดเจนที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาควรมีข้อมูลให้สามารถสื่อความหมายได้ ดังนี้

- (1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เช่น ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
- (2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- (3) ชื่อพยานและสถานภาพของพยานที่รับรองสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ ถ้ามีใบรับรองแพทย์ก็ให้แนบไว้กับหนังสือแสดงเจตนาด้วย
- (4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการได้รับ
- (5) กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มิได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง อาจทำให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาแทนได้ โดยให้ระบุชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย
- (6) ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ลายมือชื่อของพยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลใกล้ชิด ที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ความไว้วางใจ ซึ่งต้องเป็นผู้มีความสามารถสมบูรณ์ตามกฎหมายไว้ด้วยก็ได้ เพื่อทำหน้าที่อธิบายตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องแสดงการยอมรับโดยต้องลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ตลอดเวลา ในกรณีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำครั้งสุดท้ายเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิตที่บ้าน ความปรารถนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ สถานบริการสาธารณสุขควรให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ 3 บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนา ณ ที่ใดก็ได้ แต่ในกรณีมีความประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุข เมื่อผู้นั้นแสดงความจำนงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานบริการดังกล่าว ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้อำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ 4 หลักเกณฑ์ วิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา มีดังต่อไปนี้

- (1) ผู้เก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ใดไว้ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขใด ให้แสดงหนังสือแสดงเจตนาของผู้นั้น หรือข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขโดยไม่

ชักช้า และให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขนำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือสำเนาหนังสือแสดงเจตนาที่รับรองของความถูกต้องแล้ว เก็บรักษาไว้เพื่อใช้ประกอบการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

(2) เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขใด และแสดงหนังสือแสดงเจตนาต่อเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขนั้น กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อธิบายให้ผู้ป่วยทราบโดยอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในขณะนั้น พร้อมทั้งขอคำยินยอมการปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว รวมทั้งอธิบายถึงวิธีปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา นั้นให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้รับทราบก่อนดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถจะรับรู้หรือสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาแจ้งญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเช่นเดียวกันกับในวรรคแรก

(3) กรณีที่มีปัญหาการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา หรือการตีความหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ควรปรึกษารือกับบุคคลใกล้ชิดตามข้อ 2 วรรค 2 หรือญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาต่อไป โดยทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและตรงกับความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามากที่สุด

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้หนังสือแสดงเจตนามีผลก็ต่อเมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

ข้อ 5 ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการออกประกาศว่าด้วยแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกฎกระทรวงนี้

ข้อ 6 กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

หมายเหตุ เหตุผลในการประกาศกฎกระทรวงฉบับนี้ เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลในทางปฏิบัติได้ จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้ (อำพล จินดาวัฒน์ 2552:34-39)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)อายุปี

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

อีเมล (ถ้ามี)

1. ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความประสงค์ที่ใช้สิทธิตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2. เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่อาจรักษาได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยได้ลงชื่อกำกับการบริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธไว้ ดังต่อไปนี้

บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธ	ลงชื่อกำกับ
การฟื้นฟูชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น	
การเจาะคอ	
การใช้เครื่องช่วยหายใจ	
การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง	
อื่นๆ ระบุ.....	

3. แม้ว่าข้าพเจ้าจะปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขตาม ข้อ 2 แต่ข้าพเจ้ายินดีที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

4. ข้าพเจ้าขอความกรุณาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

○ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

○ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ ระบุ.....

5. หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ เกิดขึ้นในช่วงที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ขอให้บุคคลใกล้ชิดหรือญาติของข้าพเจ้าคือ (ชื่อ นามสกุล).....เป็นผู้ทำหนังสืออธิบายเจตนาของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้แล้ว

ลงชื่อ.....

ชื่อ-สกุล.....

ผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ.....

ชื่อ-สกุล.....

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

ลงชื่อ.....

ชื่อ-สกุล.....

พยาน

ลงชื่อ.....

ชื่อ-สกุล.....

พยาน

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....

พยาน

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....

พยาน

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....

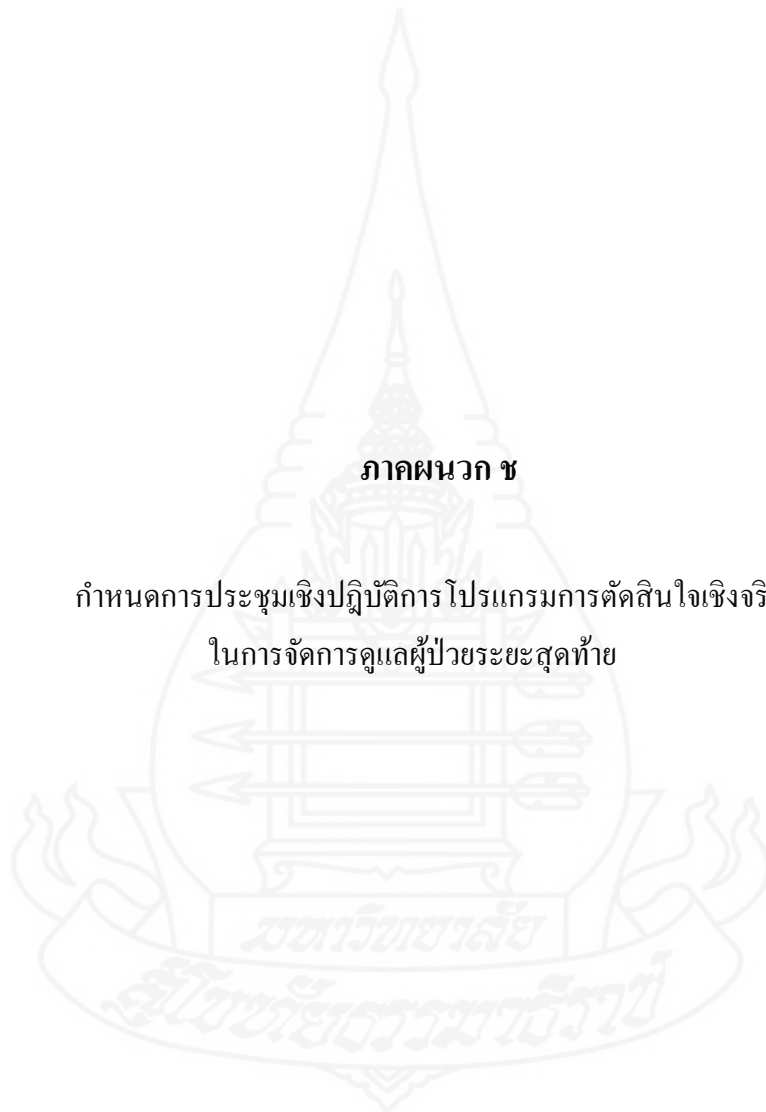
หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....

หมายเหตุ หนังสือแสดงเจตนา นี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ผู้แสดงเจตนาฯ สามารถนำไปปรับปรุงให้ตรงกับเจตนาของตนได้ (อำพล จินดาวัฒนะ 2552:60-64)

ภาคผนวก ข

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
ในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ
โปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 ห้องประชุมพลเอก ชูฉัตร กำภู ณ อยุธยา วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2555

08.00 – 08.30	ลงทะเบียน
08.30 – 09.00	พิธีเปิดประชุม โดยหัวหน้าแผนกพยาบาลศาสตร์ลยกรรม
09.00 – 10.30	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม วิทยากร ผศ.พญ.ดาริน จตุรภัทรพร ผู้ดำเนินรายการ พันตรีหญิงสรรเสริญ ไชลีอนาม
10.30 – 10.45	Coffee Break สนับสนุนโดยบริษัท Covatec
10.45 - 12.00	การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (ต่อ) มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
12.00 – 13.00	Luncheon Symposium สนับสนุนโดยบริษัทฟาร์มา อินโนวาจำกัด
13.00 – 15.00	การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิทยากร พันเอกหญิงธัญญาสิริ ธัญสวัสดิ์ ผู้ดำเนินรายการ พันตรีหญิงสรรเสริญ ไชลีอนาม
15.00 - 15.15	Coffee Break สนับสนุนโดยบริษัทเอสไลฟ์ แอสซัวร์วันซ์ จำกัด
15.15 – 16.30	การฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมจากกรณีศึกษา / สถานการณ์ วิทยากร พันเอกหญิงธัญญาสิริ ธัญสวัสดิ์ วิทยากรร่วม พันโทหญิงรุ่งทิภา จุลยามิตรพร พันตรีหญิงนิลภา สุขเจริญ ผู้ดำเนินรายการ พันตรีหญิงสรรเสริญ ไชลีอนาม

ภาคผนวก ข

แผนการสอน



แผนการสอน

ลำดับ	หัวข้อ / ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เอกสารประกอบการศึกษา	ประเมินผล
1.	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2 ชั่วโมง)	- มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	- บรรยาย - กลุ่มย่อย - ชมตัวอย่างภาพยนตร์	- คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - Power Point	- ข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม - การสังเกต
2.	มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (1 ชั่วโมง)	- มีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	- บรรยาย	- Power Point	- ข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม - การสังเกต
3.	การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2 ชั่วโมง)	- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	- บรรยาย - นั่งสมาธิ - สวดมนต์	- แผ่นซีดีเพลงบรรเลง - Power Point	- ข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม - การสังเกต

แผนการสอน (ต่อ)

ลำดับ	หัวข้อ / ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เอกสารประกอบการสอน	ประเมินผล
4.	การฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมจากกรณีศึกษา / สถานการณ์ (1 ชั่วโมง 15 นาที)	-สามารถวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานพยาบาลได้	- ฝึกกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม	- สถานการณ์	- ข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม - การสังเกต





ภาคผนวก ฅ

คู่มือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ซื่อซุข รัก เข้าใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative care

คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชื่อสุช รัก เข้าใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative Care เขียน โดย วิทยากรแพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. บทที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับ Palliative Care

ในปีพ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Palliative Care ว่าเป็น “วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ หรือตายดี” ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของ Palliative Care ไว้ว่าเป็น “วิธีการดูแลที่เป็น การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ในระยะแรกของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างละเอียดครบถ้วน”

ทำไมต้องมีการดูแลแบบ Palliative Care

- 1) แพทย์เฉพาะทางทั่วไปมุ่งเน้นที่จะรักษาเฉพาะโรคอย่างเดียว
- 2) ปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการอื่นๆของโรครยะสุดท้าย
- 4) ไม่มีแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิ่งสำคัญของการดูแลแบบ Palliative Care คือไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช้การใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

WHEN : ควรเริ่มดูแลแบบ Palliative Care ตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรค โดยเริ่มจากน้อยไปหามาก ควรมีลักษณะเชิงรุก คือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ ตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

WHO : การดูแล Palliative Care ไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงการดูแลบุคคลอื่นๆในครอบครัวด้วย

WHERE : Palliative Care สามารถทำได้ทุกที่ ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

บทที่ 2 วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

เทคนิคการพูดคุยกับญาติที่ไม่ต้องการให้บอกความจริงเรื่องโรกับผู้ป่วย ใช้เทคนิค พร

3 ประการกับผู้ป่วย ในการเชื่อมโยงบทสนทนาไปสู่สิ่งต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตของคนไข้ และสื่อสารสิ่งสำคัญเหล่านั้นไปยังครอบครัวได้ด้วย เช่นให้ถามว่าถ้าขอพรได้ 3 ประการจะขออะไร

หลักการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (CAREGIVER)

CARE : ประเมินขีดความสามารถผู้ดูแล

Affection : ประเมินสภาพทางอารมณ์

Rest : จัดตารางเวลาพักให้กับผู้ดูแล

Empathy : แสดงความเห็นใจ

Goal of care : เป้าหมายการดูแล แจ้างประโยชน์และโทษของวิธีต่างๆ

Information : ให้ความรู้ ข่าวสาร

Ventilate : รับฟังและแนะนำ

Empowerment : ชื่นชม ให้กำลังใจ

Resources : หาผู้ช่วยเหลือด้านต่างๆ

บทที่ 3 การดูแลอาการต่างๆ

ใช้แบบประเมินร่วมกันระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ป่วย ในอาการที่พบบ่อย 10 อาการ (Edmonton Symptom Assessment System) ได้แก่

- 1) อาการปวด วิธีดูแลคือ ให้ยาแก้ปวด
- 2) อ่อนเพลีย วิธีดูแลคือ ให้พักผ่อนและนานขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมที่เคยทำ
- 3) คลื่นไส้อาเจียน วิธีดูแลคือ หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน รับประทานอาหารน้อยแต่บ่อยครั้ง จัดทำให้อาเจียน
ผู้ป่วยนั่งหลังอาหาร ดูแลความกังวล พิจารณาให้ยาแก้อาเจียน
- 4) ซึมเศร้า วิธีดูแลคือ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยคำพูดดีๆ
- 5) วิตกกังวล วิธีดูแลคือ รับฟัง ให้คำอธิบาย พิจารณาให้ยาคลายกังวล
- 6) ง่วงซึม วิธีดูแลคือ หาสาเหตุ ถ้าไม่พบสาเหตุ อาจเป็นส่วนหนึ่งของอาการอ่อนเพลีย
- 7) เบื่ออาหาร วิธีดูแลคือ ให้อาหารที่ชอบ ให้น้อยแต่บ่อยครั้ง อาจให้ยาเจริญอาหาร
- 8) เหนื่อยหอบ วิธีดูแลคือ ให้พัก ฝึกการหายใจ จำกัดกิจกรรม
- 9) สบายดีทั้งกายและใจ เป็นการวัดคุณภาพชีวิตเบื้องต้นของผู้ป่วย
- 10) อาการอื่นๆ เช่น สับสนกระวนกระวาย อาการท้องผูก มีน้ำในท้องและขาบวม นอนไม่หลับ

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทยโดยพญ.ดาริน

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย

มีอาการเหนื่อย / อ่อนเพลียมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้

มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า

มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการวิตกกังวล

มีอาการวิตกกังวลมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึม

มีอาการง่วงซึมมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเบื่ออาหาร

มีอาการเบื่ออาหารมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ

ไม่สบายดีทั้งกายและใจเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่

(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

บทที่ 4 การประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

- 1) ทำความเข้าใจกับการดูแลแบบ Palliative Care
- 2) พูดคุยเรื่องความต้องการของตนเองให้คนในครอบครัวฟัง
- 3) ใช้ชีวิตอย่างมีความหมายเหมือนทุกวันเป็นวันสุดท้ายของเรา
- 4) ลองพูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลถึงเป้าหมายการรักษา



ภาคผนวก ๑

สถานการณ์ฝึกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม



ใบงานที่ 1

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านสถานการณ์ต่อไปนี้ แล้วร่วมอภิปรายในกลุ่มเพื่อตอบประเด็นคำถามที่กำหนดให้พร้อมกับเขียนคำตอบในกระดาษที่เตรียมให้ โดยใช้เวลา 10 นาที

สถานการณ์ที่ 1

ป้าลำลีป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอาการลุกลามถึงขั้นที่แพทย์มีความเห็นว่าต้องให้การรักษาโดยการนำระบบขับถ่ายออกทางหน้าท้อง (Colostomy) เมื่อแพทย์และพยาบาลแจ้งวิธีการรักษานี้กับผู้ป่วย พบว่าป้าลำลีปฏิเสธไม่ยอมรับวิธีการรักษา ถึงแม้แพทย์และพยาบาลได้ช่วยกันอธิบายผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นแก่ป้าลำลีแล้ว แต่ป้าลำลียังคงยืนยันกรานปฏิเสธ ต่อมาญาติป้าลำลีได้เสนอให้พยาบาลว่าให้ใช้วิธีหั่นลำไส้ว่าจะนำระบบขับถ่ายออกมาไว้ทางหน้าท้องชั่วคราวเท่านั้นแล้วจึงจะนำกลับเข้าไว้ตามระบบปกติภายหลัง

ประเด็นคำถาม

1. ถ้าท่านเป็นพยาบาลที่ต้องดูแลป้าลำลีท่านจะตัดสินใจอย่างไรพร้อมทั้งให้เหตุผล

ประกอบ

2. ในการตัดสินใจตามข้อที่ 1 ให้ท่านวิเคราะห์เหตุผลประกอบการตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน

2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 กำหนดประเด็นข้อขัดแย้ง

2.3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ

2.4 วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง

2.5 ตัดสินใจเลือก

ใบงานที่ 2

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านสถานการณ์ต่อไปนี้ แล้วร่วมอภิปรายในกลุ่มเพื่อตอบประเด็นคำถามที่กำหนดให้ พร้อมกับเขียนคำตอบในกระดาษที่เตรียมให้ โดยใช้เวลา 10 นาที

สถานการณ์ที่ 2

โคมไฉไลเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรบายหอผู้ป่วยหนัก ในเวรบายนี้มีญาติของคนไข้รายหนึ่งซึ่งหายใจเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดจะขอพานางก่อนตอมารดากลับไปเสียชีวิตที่บ้านจึงมาปรึกษากับโคมไฉไลพยาบาลว่าให้ช่วยเอาเครื่องช่วยหายใจออกให้เพราะช่วงเช้าแพทย์บอกกับญาติว่าอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นและความดันต่ำลงเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในไม่ช้านี้ ญาติบอกว่าสงสารผู้ป่วยไม่อยากให้ทรมาณอีกต่อไป และผู้ป่วยเองก็เคยบอกกับญาติไว้ว่าอยากกลับบ้าน ในขณะที่เดียวกันโคมไฉไลได้รับโทรศัพท์จากญาติผู้ใหญ่ของเธอซึ่งเคยมีบุญคุณแก่ครอบครัวของเธอมากต้องการย้ายบิดาที่ไม่รู้สึกตัวของเธอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเหมือนกัน

ประเด็นคำถาม

1. ถ้าท่านเป็นโคมไฉไลท่านจะตัดสินใจอย่างไรพร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ
2. ในการตัดสินใจตามข้อที่ 1 ให้ท่านวิเคราะห์เหตุผลประกอบการตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน
 - 2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2 กำหนดประเด็นข้อขัดแย้ง
 - 2.3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ
 - 2.4 วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง
 - 2.5 ตัดสินใจเลือก

ใบงานที่ 3

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านสถานการณ์ต่อไปนี้ แล้วร่วมอภิปรายในกลุ่มเพื่อตอบประเด็นคำถามที่กำหนดให้ พร้อมกับเขียนคำตอบในกระดาษที่เตรียมให้ โดยใช้เวลา 10 นาที

สถานการณ์ที่ 3

นิลวดีเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยชายให้การดูแลลุงสิงห์ ผู้ป่วยอายุ 69 ปี ป่วยด้วยโรคหัวใจอย่างรุนแรง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการโรคหัวใจอย่างรุนแรงประมาณสามสัปดาห์มาแล้ว ในช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาลุงสิงห์เกิดอาการหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลันสองครั้ง แพทย์ต้องทำการช่วยเหลือน้อย่างยากลำบาก ลุงสิงห์มีความคุ้นเคยและเชื่อถือไว้วางใจต่อนิลวดีอย่างมาก ลุงได้บอกนิลวดีว่า ตัวลุงพร้อมที่จะตายและได้ขอร้องแก่นายแพทย์ผู้รักษาว่าขอได้โปรดอย่าช่วยปั๊มหัวใจแก่ลุงอีกเลยถ้าหัวใจของลุงหยุดเต้นอีก ลุงสิงห์ได้เล่าให้นิลวดีฟังว่า ตลอดชีวิตที่ผ่านมาลุงพอใจในชีวิตและบัดนี้ก็สมควรที่จะได้พักผ่อน ลุงต้องการไปอย่างสงบ นิลวดีนำเรื่องนี้มาคุยให้พยาบาลหัวหน้าตึกฟังและได้รับคำตอบว่าเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ที่จะทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยขอร้อง เพราะขัดต่อจรรยาบรรณของวิชาชีพ เมื่อนิลวดีมาที่เตียงของลุงสิงห์พบว่าลุงสิงห์นอนสงบนิ่งไม่หายใจ จึงตรวจชีพจรพบว่าชีพจรเต้นเบาๆและช้ามาก

ประเด็นคำถาม

1. ถ้าท่านเป็นนิลวดีท่านจะตัดสินใจอย่างไรพร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ
2. ในการตัดสินใจตามข้อที่ 1 ให้ท่านวิเคราะห์เหตุผลประกอบการตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน
 - 2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2 กำหนดประเด็นข้อขัดแย้ง
 - 2.3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ
 - 2.4 วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง
 - 2.5 ตัดสินใจเลือก

ใบงานที่ 4

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านสถานการณ์ต่อไปนี้ แล้วร่วมอภิปรายในกลุ่มเพื่อตอบประเด็นคำถามที่กำหนดให้ พร้อมกับเขียนคำตอบในกระดาษที่เตรียมให้ โดยใช้เวลา 10 นาที

สถานการณ์ที่ 4

นางสาวมยุรีเป็นพยาบาลให้คำปรึกษาด้านสุขภาพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ให้การดูแลผู้ป่วยชื่อ นายวิชัย อายุ 65 ปี อาชีพเป็นเจ้าของกิจการ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ แพทย์จึงได้แจ้งผลการวินิจฉัยโรคให้กับภรรยาและลูกของผู้ป่วยและบอกกับพยาบาลมยุรีว่าไม่ควรบอกผลการวินิจฉัยโรคให้กับผู้ป่วยทราบเนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ระบุว่าแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการคุณวิชัยก็ไม่ได้บอกผลการวินิจฉัยโรคให้ทราบ นายวิชัยเองก็คิดว่าตนเองต้องเป็นมะเร็งเพราะเคยมีเพื่อนที่มีอาการคล้ายกันก็เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งซึ่งถ้าเป็นแล้วคงทำให้ยอมรับไม่ได้ เพราะเป็นห่วงกิจการและครอบครัวมาก ส่วนภรรยาและบุตรก็ถูกผู้ป่วยถามตลอดเวลาว่ารู้หรือไม่ว่าตนเองเป็นโรคอะไรแน่ ซึ่งภรรยาและบุตรคิดว่าคงจะเป็นเรื่องยากที่จะหลีกเลี่ยงการตอบคำถามของนายวิชัยและต้องวางแผนการดำเนินธุรกิจที่ทำอยู่ จึงมาขอร้องให้พยาบาลมยุรีเป็นผู้บอกผลการวินิจฉัยโรค นางสาวมยุรีจึงขอคำปรึกษาจากแพทย์ แพทย์เห็นด้วยว่าควรบอก แต่แพทย์ไม่สามารถบอกด้วยตนเอง จึงมอบหมายให้มยุรีเป็นผู้บอกแทน

ประเด็นคำถาม

1. ถ้าท่านเป็นมยุรีท่านจะตัดสินใจอย่างไรพร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ
2. ในการตัดสินใจตามข้อที่ 1 ให้ท่านวิเคราะห์เหตุผลประกอบการตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน

- 2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.2 กำหนดประเด็นข้อขัดแย้ง
- 2.3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ
- 2.4 วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง
- 2.5 ตัดสินใจเลือก

ใบงานที่ 5

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านสถานการณ์ต่อไปนี้ แล้วร่วมอภิปรายในกลุ่มเพื่อตอบประเด็นคำถามที่กำหนดให้ พร้อมกับเขียนคำตอบในกระดาษที่เตรียมให้ โดยใช้เวลา 10 นาที

สถานการณ์ที่ 5

เด็กหญิงหนึ่งฤทัย อายุ 3 วัน คลอดก่อนกำหนด น้ำหนัก 2000 กรัม หลังคลอดเด็กไม่หายใจตัวเขียวแพทย์ช่วยปั๊มหัวใจนาน 5 นาที หลังจากนั้นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจตลอด แพทย์ที่รักษาบอกกับมารดาว่าถ้าเด็กหญิงหนึ่งฤทัยรอดก็อาจจะปัญญาอ่อนเพราะสมองขาดออกซิเจนนาน นางสาวดวงฤดีเป็นพยาบาลไอซียูเด็กสังเกตว่ามารดาของเด็กหญิงหนึ่งฤทัยมีอาการเหม่อลอย บางครั้งร้องไห้ทุกครั้งที่มาเยี่ยมดูลูกที่หน้าห้องและไม่มีญาติคนอื่นมาเยี่ยม นางสาวดวงฤดีจึงได้เข้าไปสอบถามและพูดคุยด้วยมารดาของเด็กหญิงหนึ่งฤทัยเล่าให้ฟังว่าตนเองกำลังเรียนหนังสือปีสุดท้ายแล้วถูกเพื่อนชายข่มขืน ไม่ยอมรับผิดชอบ เคยคิดจะไปทำแท้งหลายครั้งแต่กลัวจึงไม่ได้ทำ แล้วตอนนี้ถ้าลูกต้องโตมาเป็นเด็กปัญญาอ่อนอีกตนเองไม่รู้จะทำอย่างไรดีไม่อยากให้ปั๊มหัวใจหรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจอีกตนเองคงไม่ได้เรียนต่อ ซึ่งเหตุการณ์นี้นางสาวดวงฤดีคิดอยู่เสมอว่าถ้าวันใดวันหนึ่งข้างหน้าหากเด็กหญิงหนึ่งฤทัยเกิดมีภาวะวิกฤติตนเองควรจะช่วยชีวิตเด็กคนนี้หรือไม่ นางสาวดวงฤดีได้ทราบข่าวว่ามารดาของเด็กหญิงหนึ่งฤทัยมีฐานะทางบ้านยากจนแต่เรียนดีมีน้องอีกสองคนกำลังเรียนหนังสืออยู่ชั้นมัธยม ถ้าเรียนจบมีงานทำจะสามารถแบ่งเบาภาระทางบ้านได้และน้องสาวจะมีโอกาสได้เรียนหนังสือต่อ ขณะที่นางสาวดวงฤดีขึ้นเวรป่วยวันหนึ่งพบว่าเด็กหญิงหนึ่งฤทัยท่อช่วยหายใจหลุด นางสาวดวงฤดีได้ฟังเสียงหัวใจเด็กพบว่าเบามากแทบไม่ได้ยินตัวเด็กเขียว เย็นและอ่อนปวกเปียก

ประเด็นคำถาม

1. ถ้าท่านเป็นนางสาวดวงฤดีท่านจะตัดสินใจอย่างไรพร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ
2. ในการตัดสินใจตามข้อที่ 1 ให้ท่านวิเคราะห์เหตุผลประกอบการตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน

- 2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.2 กำหนดประเด็นข้อขัดแย้ง
- 2.3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ
- 2.4 วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง
- 2.5 ตัดสินใจเลือก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พันโทหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร
วัน เดือน ปีเกิด	8 ตุลาคม 2507
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ปีการศึกษา 2530
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ
รางวัล เกียรติประวัติ	- ผู้ปฏิบัติงานดีเลิศ ระดับหัวหน้าหอ ประจำปี พ.ศ. 2550 - หนังสือชมเชยจาก โรงเรียนเสนาเป็นนายทหารนักเรียนผู้มีความขยันหมั่นเพียรและมีความเป็นระเบียบวินัย - รางวัลจากกองศัลยกรรมผู้ปฏิบัติงานดีระดับหัวหน้าหอ ประจำปี 2554

