

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี

นางวิรยา อินทร์คง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2558

**Effectiveness of an Integrated Palliative Care Model
at Weingsra Crown Prince Hospital, Surat Thani Province**

Mrs. Weeraya Inkong



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

School of Nursing Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2015

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี

ชื่อและนามสกุล นางวีรยา อินทร์คง


แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล


สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

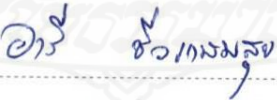
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข

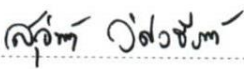
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2559

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโศต)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)


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

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี

ผู้วิจัย นางวีรยา อินทร์คง รหัสนักศึกษา 2555100185 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
การบริหารการพยาบาล **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข **ปีการศึกษา** 2558

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2) ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ และ 3) ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคลากรทีมสุขภาพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวม 20 คน และ 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88, 0.92, และ 0.89 ตามลำดับและมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.87, 0.95, และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบทีและสถิติวิลคอกชัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) บุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) บุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในงานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ความพึงพอใจ

Thesis title: Effectiveness of an Integrated Palliative Care Model at Weingsra Crown Prince Hospital, Surat Thani Province

Researcher: Mrs. Weeraya Inkong; **ID:** 2555100185;

Degree: Master of Nursing Science (Nursing Administration) **Thesis advisors:**

(1) Dr. Premruetai Noimuenwai, Assistant Professor; (2) Dr. Aree Cheevakasemsook;

Academic year: 2015

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare:-1) holistic care competency between before and after using the integrated palliative care model (IPCM), as perceived by health care personnel at Weingsra Crown Prince Hospital, Surat Thani Province, 2) the job satisfaction of the health care team between before and after using the IPCM, and 3) the servicesatisfaction of caregivers between before and after using the IPCM for the end of life patients.

The purposive sample was composed of 2 groups: 1) twenty personnel of health care team who had experienced in caring patients more than one year and 2) twenty caregivers of the end of life patients. Three research tools included (1) the Holistic Practice Evaluation, (2) Job Satisfaction Survey, and 3) Caregiver's Satisfaction Survey. The content validity indexes (CVI) of those research tools were .88, .92, and .89 respectively. The Cronbach's alpha reliability coefficients of those research tools were .87, .95, and .85 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), dependent t-test, and Wilcoxon's matched pairs signed-ranks test.

The major findings were as follows. (1) Health care personnel rated their holistic care competency after using IPCM statistically higher than before using IPCM. ($p < .001$). (2) Health care personnel rated their job satisfaction after using IPCM statistically higher than before using IPCM. ($p < .001$). (3) Caregivers of the end of life patients rated their satisfaction after using IPCM statistically higher than before using IPCM ($p < .001$).

Keywords: End of life, Integrated palliative care model, Satisfaction

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ร่วมที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและแนะแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา นับแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่าจนประสบผลสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการในโรงพยาบาลพระแสง ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองการใช้เครื่องมือวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระที่เสียสละเวลาเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ดวงวิญญาณของคุณพ่อพิชัย เบื่อน้อย ที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจ และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาเล่าเรียน ขอขอบพระคุณ คุณแม่เพ็ญศรี เบื่อน้อย ที่เสียสละเวลาช่วยเหลือดูแล และอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงเสมอ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจที่จะนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อในหน่วยงานเพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานทางการพยาบาลควบคู่กับการปฏิบัติงานต่อไป

วีรยา อินทร์คง

กุมภาพันธ์ 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	13
ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย	20
ความพึงพอใจ	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	36
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	38
ตอนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่มีสุขภาพ	43
ตอนที่ 4 ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล	45
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	47
สรุปการวิจัย	47
อภิปรายผล	51
ข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	64
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	65
ข ตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ	67
ค หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย	77
ง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเอกสารคำชี้แจงข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย	79
จ ตัวอย่างหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล	82
ฉ ตัวอย่างแบบสอบถาม	85
ฌ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	98
ประวัติผู้วิจัย	120

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรทีมสุขภาพ.....	38
ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแล	40
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และระดับความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยแบบองค์รวม.....	42
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของบุคลากรทีมสุขภาพ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง.....	43
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของบุคลากร ทีมสุขภาพระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง.....	44
ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง.....	44
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความพึงพอใจในบริการของ ญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง.....	45
ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง.....	46



ญ

สารบัญญภาพ

หน้า

ภาพที่ 4.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 6



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นบทบาทที่ทำนายของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม และใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกะดับของการให้บริการสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต (สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) ปัจจุบันคนส่วนใหญ่มีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น ทั้งที่ในยุคก่อนไม่เคยสนใจเรื่องความตายเลยจนเกือบจะเป็นสิ่งต้องห้ามที่ไม่ควรพูดถึง การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ระดับชาติ พ.ศ.2556-2559 โดยมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ถึงจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจถึงแนวคิดดังกล่าวให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ในสังคมไทย (อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร, 2556)

วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้มนุษย์มีโอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ผู้ป่วยบางรายไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาลโดยตายกับสายยางต่างๆ ที่เข้าออกจากร่างกาย และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่รอบตัว (รัชณีย์ ป้อมทอง, 2556) การยืดชีวิตหรือการชะลอความตายเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม การช่วยฟื้นคืนชีพโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตนเอง แต่เป็นการตัดสินใจของทีมสุขภาพและญาติ เมื่อใช้เครื่องช่วยหายใจไประยะหนึ่งแล้วไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้นแต่มีชีวิตที่ไม่รับรู้ใดๆ จึงมีข้อถกเถียงกันที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานในการยืดชีวิต ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ต้องทนทุกข์ทรมานมีชีวิตอยู่อย่างไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ เป็นภาระในการดูแลของผู้อื่น (เกสรฯ ศรีพิชญากา, 2540) แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต จึงถือเป็นเรื่องทำนายของสังคมไทย ซึ่งจะต้องอาศัยทั้งระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมรองรับเรื่องนี้ ด้วยจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้อง

เผชิญกับโรคใหม่ๆ และโรคร้ายแรงต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ เป็นต้น อันเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต รวมทั้งสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีถึงร้อยละ 11-12 ของประชากรทั้งประเทศ และกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการ การสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้บุคคลจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, 2556) หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) ทั้งการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข การพัฒนา สถานพยาบาล และการดูแลที่บ้าน รวมถึงการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เครื่องมือทางการแพทย์ และยา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจากไปอย่างสงบ (จันทรี หาญเจนลักษณ์, 2556) ซึ่งผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และญาติ จะต้องร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า ให้เป็นไปตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย

การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่ผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) โดยนำแนวทางการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันและความเชื่อในการรักษาพยาบาลตามภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมเข้าด้วยกัน (Leichsenring, 2004) ซึ่งในประเทศไทยได้มีการนำการแพทย์ทางเลือกเข้ามาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จะมีการนำสมุนไพรท้องถิ่นมาใช้ในการรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย ถ้ารักษาไม่หายจะปรึกษากับหมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ หรือหมอพระ โดยใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (สันทนต์ เสริมศรี และ เจมส์ เอนไรลีย์, 2517 อ้างในพัชรีย์ ไชยลังกา, 2544) การที่ผู้ป่วยหันมาใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้น อาจเนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว และให้การดูแลแบบแยกส่วน โดยไม่ได้ดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย ซึ่งต้องพึ่งพาแพทย์เฉพาะทางโดยใช้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ที่ซับซ้อนและราคาแพง (สถาบันแพทย์แผนไทย, 2540) ในขณะที่การรักษาโดยใช้การแพทย์ทางเลือกมีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่ใช้หลักศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระการทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร และการถือศีล ในการเยียวยาผสมผสานกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันสามารถมีชีวิตรอดได้มากกว่า 5 ปี (จันทรา จิตต์วิบูลย์, 2543) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการใช้ธรรมะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย ใจสบายด้วยบุญ อบอุ่นใจ ใจสู้ด้วยธรรมะ ไม่หวั่นกลัวความตายและมีที่พึ่งทางใจ ส่วนสมาธิช่วยให้ใจสงบ สบายใจ คลายโกรธ และผ่อนคลายนอนหลับได้ (อังศุมา อภิชาติ และ กานดาาศรี ตูลาธรรมกิจ, 2547)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลายประการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้แก่ การวางแผนเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การลดอาการที่ทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม การดูแลรักษาผู้ใกล้เสียชีวิตให้จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (ยุพดี เนาวรัตน์, 2552) พยาบาลยังมีบทบาทในการเตรียมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จำเป็น และการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการสนับสนุนด้านอารมณ์ของญาติโดยการจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาแนะนำต่อครอบครัว เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถเผชิญกับความทุกข์จากความเจ็บป่วยของคนที่รักและการสูญเสียได้ (ยุพดี เนาวรัตน์, 2552) ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวพยาบาลจะต้องประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วนที่ทุกคนต่างเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัวตามบทบาทของตน (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกประการหนึ่ง ก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ และเป็นธรรมดาของชีวิต ที่ไม่มีใครหนีพ้น การยอมรับความตายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ และมองเห็นว่า เวลาที่เหลืออยู่เป็น โอกาสที่จะทำสิ่งต่างๆ ที่ค้างคาอยู่ หรือทำสิ่งที่อยากทำ ให้เวลาที่เหลือน้อยนั้นมีคุณค่ามากที่สุด อันจะช่วยให้ชีวิตในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมีความหมายมากที่สุด จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตไปได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ (Integrated palliative care) จึงมีความสำคัญในการช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวได้อย่างครอบคลุม สามารถจัดการสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมด้วยความเมตตา และเอื้ออาทรจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งสามารถนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ได้อย่างมีศักยภาพสูงสุด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการดูแลที่คำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงบริการ ได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และช่วยให้บุคลากร ทีมสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่าง ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ อันจะทำให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจ ในงาน และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้การ ดูแลผู้ป่วยทุกประเภท หากนอกเหนือขีดความสามารถเกินศักยภาพของโรงพยาบาล ก็จะมีการส่ง ต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะถูกส่งกลับมารักษา และพัก พ้นต่อที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักถูกส่งตัวกลับมาอนพักฟื้นในโรงพยาบาล ก่อนส่งกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ในส่วนของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้เข้ามาพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระในในพ.ศ. 2551-2555 พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประมาณ 11-20 คนและในพ.ศ.2556 มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน จึงอาจกล่าวได้ว่าจำนวน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้ามาใช้บริการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง โรคเอดส์ และอื่นๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางส่วนมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำเนินชีวิต ช่วยเหลือประคับประคอง เช่น ออกซิเจน เครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงนอน และ อุปกรณ์ทำแผลต่างๆ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ยังไม่มีการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการมาใช้ แต่เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการและ ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายจะมีทีมสหวิชาชีพ หรือชุมชนเข้าร่วมดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือขาด ผู้ดูแลเท่านั้น ยังไม่มีความชัดเจน ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก รวมถึงงานผู้ป่วยใน ซึ่งแยกเป็น 3 หน่วยงาน คือ ตึกผู้ป่วยในชาย ตึกผู้ป่วยในหญิง และตึกพิเศษ ซึ่งการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ ระบบการให้บริการยังไม่มี ความเข้าใจที่ตรงกัน ขาดการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ ผู้รับบริการ ไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง เกิดความไม่พึงพอใจในระบบบริการ กลุ่มผู้ป่วยและญาติบางส่วนปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล ขอกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน ส่วนหนึ่งขาด การรักษาที่ต่อเนื่อง บางคนมีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เกิดแผลกดทับ ข้อติด มีภาวะทุพ โภชนาการ เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ ญาติขาดความรู้ในการดูแล บางส่วนเกิดความขัดแย้ง ในเรื่องของแผนการรักษา ส่วนหนึ่งยินยอมให้การรักษา อีกส่วนปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ การขาดการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพไม่ได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยหลายคนขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลอย่างที่ควรเป็นจากบุคลากรทีมสุขภาพ

ผู้วิจัยเป็นหนึ่งในบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ เพื่อช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมความเป็นองค์รวม ช่วยให้ผู้บุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการทำงาน และและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการในด้านการรับรู้ถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ในการนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และต่อการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) ของไลซ์เซนริง (Leichsenring, 2004) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแนวคิดที่บูรณาการแนวความคิดการพยาบาลองค์รวมและการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ โดยผสมผสานแนวทางการ

รักษาพยาบาลแผนปัจจุบันที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพและการดูแลตามความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ (Integrated palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมและการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบัน การรักษาและการดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรมและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสานที่มีการเชื่อมโยงการให้บริการในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และทุติยภูมิ และจากโรงพยาบาลไปยังชุมชนซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการดำเนินงานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอกระบบ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริการที่ดี มีคุณภาพ ลดปัญหาการสื่อสาร และส่งเสริมการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมความเป็นองค์รวม ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการทำงาน การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการเป็นรูปแบบการบริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ และการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 บุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

4.2 บุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในงานหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

4.3 ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โดยมีขอบเขตวิจัย ดังนี้

5.1 ประชากร ประกอบด้วย

5.1.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.1.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระ

5.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

5.2.1 **บุคลากรทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และ นักการแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน

5.2.2 **ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระจำนวน 20 คน

5.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

5.3.1 **ตัวแปรต้น** คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

5.3.2 ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

5.4 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน สิงหาคม 2558 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2559

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ป่วยที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสภาวะการป่วยในระยะลุกลามเรื้อรัง เข้าสู่ระยะท้ายของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ ภายใต้การรักษาด้วยยาหรือการดูแลตามความเชื่อตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

6.2 บุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และนักการแพทย์แผนไทย ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไป

6.3 ญาติผู้ดูแล หมายถึง ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสายตรง และ/หรือ ผู้รับผิดชอบดูแลใกล้ชิดเป็นแกนหลักหรือผู้มีอำนาจการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการรักษาตัวใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระจังหวัดสุราษฎร์ธานี

6.4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ หมายถึง แบบแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาหรือส่งตัวเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระที่ใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยบูรณาการแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานแนวคิดการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม มีการประสานงานที่ดีและความสัมพันธ์ที่ดีของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรม และค่านิยมของผู้รับบริการโดยมีรูปแบบการดูแลแนวปฏิบัติ และระบบการส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อให้การให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม บุคลากรทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจ

6.5 ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ หมายถึง การเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อันเป็นไปตามที่คาดหวัง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และ ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

6.5.1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หมายถึง การรับรู้ของบุคลากร ทีมสุขภาพเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและทีมสุขภาพในการเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณและ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นดังกล่าว โดยเน้นการให้บริการแบบองค์รวม ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยทั้งจากบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัวของผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในชุมชน และความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ในการศึกษาค้นคว้านี้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม วัดโดยแบบประเมินความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ของสิदानิและฟอกซ์ (Sidani & Fox, 2014) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การดูแล แบบองค์รวม การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองความเป็นปัจเจก บุคคล

1) **การดูแลแบบองค์รวม** หมายถึง การให้บริการของบุคลากรทีมสุขภาพที่ยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมถึงการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกาย การรู้คิด จิตอารมณ์ พฤติกรรม สังคม จิตวิญญาณ และการบริการต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการหรือฟื้นฟูสภาพและการช่วยเหลือดูแลการ ประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและจัดการกับความ เจ็บป่วยหรือการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การดูแลร่างกาย สุขสบาย การประคับประคองจิตใจ การ สอนหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

2) **การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง การสื่อสาร การทำ ความเข้าใจปัญหา และการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ ครอบครัว ในการคิด การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแลตนเอง รวมถึงการให้ข้อมูล เกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและมีอิสระในการตัดสินใจ

3) **การตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล** หมายถึง การให้บริการที่ตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การเคารพสิทธิของผู้ป่วย และการคำนึงถึง ความรู้สึกและความชอบของผู้ป่วย การยอมรับความแตกต่างในด้านความรู้ ประสบการณ์ ความ

คาดหวัง ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล การยึดหยุ่นหรือปรับแผนการดูแลรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

6.5.2 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการในด้านลักษณะงาน การบังคับบัญชา สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน วัดโดย แบบสอบถามความพึงพอใจในงานที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความพึงพอใจในงานของ สเปคเตอร์ (Spector, 1997) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

1) **ด้านลักษณะงาน** หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรทีมสุขภาพที่ได้ใช้ความคิดอิสระและมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีลักษณะการทำงานที่มีความท้าทาย เพิ่มความสามารถและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ได้เรียนรู้และมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น

2) **ด้านการบังคับบัญชา** หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรทีมสุขภาพในการได้รับการสนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วม การได้แสดงความคิดเห็น มีความเท่าเทียมกันและได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3) **ด้านสภาพการทำงาน** หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรทีมสุขภาพในรูปแบบการให้การพยาบาลที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่นคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้การทำงานมีการเพิ่มประสิทธิภาพ

4) **ด้านการติดต่อสื่อสาร** หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรทีมสุขภาพที่ได้รับข้อมูล มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชี้แจง ปรีกษาหารือ มีการประสานงานที่ดี มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานร่วมกับแพทย์

5) **ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน** หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อเพื่อนร่วมงานสัมพันธ์ภาพกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงานในระดับเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานที่ต่ำกว่าที่ทำให้เกิดความสุขในการทำงานและมีความพึงพอใจในงาน

6.5.3 ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีต่อระบบบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยรวมในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ วัดโดยแบบสอบถามความ

พึงพอใจของญาติผู้ดูแล ที่คัดแปลงจาก เพ็ญญา ตองติธรรมย์ (2549) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของอีริกเซน (Eriksen, 1988) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ศิลปะการดูแล คุณภาพการดูแลทางเทคนิค ความพร้อมในการให้บริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง และประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแล

1) ศิลปะการดูแล หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อการได้รับบุคลากรทีมสุขภาพ ด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ให้คำอธิบาย ชัดเจนเข้าใจได้ง่าย และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2) คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในด้านความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน เช่น การอธิบายขั้นตอนและให้เหตุผลก่อนให้การพยาบาล การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

3) ความพร้อมในการให้บริการ หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อความพร้อมของบุคลากรทีมสุขภาพ ในการเตรียมความพร้อม การให้ความช่วยเหลือตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

4) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อการจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และมีการควบคุมแสงสว่าง อุณหภูมิและเสียงให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย

5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อการดูแลและการปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดีเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

6) ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การพยาบาลและผู้รับบริการในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำและการสอนรวมทั้งการสาธิตเพื่อให้เข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

7.2 หน่วยงานมีแนวทางในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปยังชุมชน
เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

7.3 ผู้บริหารได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มความพึงพอใจแก่ญาติผู้ดูแลและแก่นุเคราะห์ทีมสุขภาพ



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี โดยผู้ศึกษากำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 1.2 แนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ
- 1.3 แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

2. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย

- 2.1 ความหมายของประสิทธิผล
- 2.2 การประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย

3. ความพึงพอใจ

- 3.1 ความหมายของความพึงพอใจ
- 3.2 ความสำคัญของความพึงพอใจ
- 3.3 ความพึงพอใจในงาน
- 3.4 ความพึงพอใจในบริการ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เคียงกันดังนี้

สันต์ หัตถิรัตน์ (2544) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือโรคทางใจ ที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกซ์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

สถาพร ถीलานันท์ทกิจ (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะการป่วยไข้เป็นระยะ ลูกกลมเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ ที่เข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่างๆเท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หาย ได้ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น

พศิน หิรัญหลาย (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่กำลังป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่แพทย์แผนปัจจุบัน ลงความเห็นว่า ไม่สามารถทำให้หายได้ และโรคมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และคาดการณ์ว่าจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก เช่น มะเร็งระยะสุดท้ายที่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ แล้ว หรือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการฟอกไต ผู้ป่วยด้วยโรคใดๆ ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่นอนนานๆ จนเกิดปอดบวมและติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะช็อค จนทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานล้มเหลว

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ (2555) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยา การดูแลอย่างใกล้ชิด และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า

อรรพรรณ รัตนสุวรรณ (2555) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลูกกลมจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะ โรคนั้นๆอีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีสภาวะการป่วยในระยะลูกกลมเรื้อรัง เข้าสู่ระยะท้ายของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ ภายใต้การรักษาด้วยยาหรือการดูแลตามความเชื่อตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

1.2 แนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการเป็นแนวคิดหนึ่งในการให้บริการทางสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้รับบริการ ที่มาของแนวคิดนี้ได้เริ่มเกิดขึ้นในปี ค.ศ.2002 ที่ประเทศในแถบตะวันตก เช่น สหราชอาณาจักร ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ มีผู้ให้ความหมาย การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated care or Integrated services) ดังนี้

คอตเนอร์ (Kodner, 2002) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated care) มีความหมายใกล้เคียงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Comprehensive care” ซึ่งในที่นี้หมายถึงการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ แต่การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการมีความหมายที่กว้างกว่า โดยหมายถึงกระบวนการในการรวมการบริการทางสุขภาพ การบริการทางสังคม และการสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ เข้าไว้ด้วยกันในระบบบริการทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จและสามารถดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม อันจะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการและคุณภาพการบริการ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ไลซ์เซนริง (Leichsenring, 2004) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการเป็นรูปแบบการบริการในด้านต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนทำงานร่วมกันในการจัดบริการต่างๆ แบบเบ็ดเสร็จในที่เดียว (One Stop Service) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการต่างๆ ที่ครอบคลุมตามความต้องการ อันจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ และบุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการทำงาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health services) ว่าหมายถึง การจัดบริการต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งจำเป็นต้องผสมผสานเชื่อมโยงการบริการที่มีอยู่ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิไว้ในสถานที่เดียวกัน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการบริการต่างๆ แบบครบวงจรในครั้งเดียวที่เข้ารับบริการ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ คือการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถาบัน บุคลากรผู้ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ชมรมสถานีอนามัยแห่งประเทศไทย (2559) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นการจัดการบริการที่พึงประสงค์ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ โดยสถานพยาบาลต่างๆ ควรจัดบริการแบบบูรณาการที่ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั้งหมด ที่มีความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางและระบบส่งต่อ โดยทีมผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีการประสานงานทั้งด้านการจัดการ ด้านการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชน เพื่อให้การบริการที่มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการในการศึกษาคั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบผสมผสานของไลซ์เซนริง (Leichsenring, 2004) ซึ่งกล่าวว่า การดูแลแบบบูรณาการประกอบด้วย 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม และแนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ

1) แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม

แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ได้ถูกนำมาใช้ในการให้บริการพยาบาลอย่างยาวนาน โดยมีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมดังนี้

ทัศนาศูญา (2531) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการให้พยาบาลโดยมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นองค์รวมหน่วยเดียว เป็นการผสมผสานของกาย จิตและจิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

จันทร์ทิรา เจริญชัย (2553) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวม คือการดูแลบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเปรียบเหมือนแหล่งของความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต

พรสวรรค์ สังทิพย์ (2558) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการพยาบาลมุ่งเน้นเรื่องความสมดุลภายในร่างกายของบุคคลที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติอย่างกลมกลืนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลคนทั้งคนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลผู้รับบริการ ทั้งบุคคลและครอบครัวที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อันจะส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลและครอบครัว

2) แนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ

แนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ได้ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ดังนี้

สุพัตรา ศรีวิเศษ (2542) กล่าวว่า การบริการแบบเบ็ดเสร็จ คือการบริการที่ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจปัญหาและการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมเพราะสุขภาพที่ดีมีขอบเขตมีความหมายกว้างกว่าการดูแลรักษา คือต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนการพัฒนาให้มีพฤติกรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพและการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ

ธัญญ์โสภาคย์ เกษมสัน (2552) กล่าวว่า การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ คือการให้บริการทุกรูปแบบการดูแล คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู

สภาพทุกด้านของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ จิตใจ และสังคม

สมาคมพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association, 2001 อ้างใน ดวงใจ รัตนธัญญา, 2014) กล่าวว่า การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) เป็นการดูแลที่ประกอบด้วย การดูแลแบบองค์รวม การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ และยอมรับได้ การดูแลที่ต้องการความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานต่างๆ เป็นการดูแลที่ผสมผสานการบริการทางสุขภาพและการบริการทางสังคม ซึ่งเป็นการบริการทุกระดับที่คำนึงถึงทั้งองค์กร สิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจ และนโยบายทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ โดยมีความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนตั้งแต่การก่อตั้งและการดำเนินงานของศูนย์และการใช้สัมพันธภาพเป็นฐานในการปฏิบัติทั้งสัมพันธภาพที่ดีกับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ

สรุปได้ว่า การดูแลแบบบูรณาการ เป็นการดูแลผู้รับบริการ คือบุคคลและครอบครัว ให้ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการ การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน การดูแลที่ผสมผสานการบริการสุขภาพและการบริการทางสังคม ตลอดจนการพัฒนาให้มีพฤติกรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพและการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลและครอบครัว

1.3 แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเป็นแนวคิดหนึ่งในการนำมาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีผู้ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เคียงกันดังนี้

องค์การอนามัยโลก (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือหมดหวังในการรักษา หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นที่การดูแลรักษาความปวดและอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคใด ควรให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วาระแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังรวมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกด้วย

ถนนอมขวัญ ทวีบุรณ (2548) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วยเท่าที่จะสามารถทำได้

ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค

รัชณีย์ ป้อมทอง (2556) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลมีบทบาทในการเตรียมญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลที่จำเป็น ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ รู้จักนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดศักยภาพสูงสุด และคอยประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดการช่วยเหลือเฉพาะอย่างเหมาะสมและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในเครือข่ายทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของตน ซึ่งทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว และจัดการสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทรคุณุญาติมิตร

อรวรรณ รัตนสุวรรณ (2557) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรต้องดูแลทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแล หรือ การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่สำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบื้องต้น และอาการของผู้ป่วย ระบุหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมทั้งมีเวลาให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนตามควร อาจต้องช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และควรให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า เป็นการดูแลเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้การดูแลปัญหาสุขภาพได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และครอบครัวผู้ป่วยทุกด้านไปพร้อมกัน

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ที่หมกหวังในการรักษาหรืออยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมถึงการลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาล และมีอิสระในการปฏิบัติตามความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม และการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้มีสุขภาวะที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคใด และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ (Integrated palliative care) เป็นการนำแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

อีเวอร์ท และคณะ (Ewert et al., 2016) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ เป็นการรวมการบริหาร การจัดการที่มีการร่วมมือประสานงานกันในองค์กร และการให้บริการทางคลินิกเข้าด้วยกัน โดยผู้ให้บริการ ผู้เกี่ยวข้อง และเครือข่ายทำงานร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นผู้ที่รับจ้างดูแลหรือไม่ก็ตาม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความช่วยเหลือในกระบวนการตายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เบนบริดจ์ และคณะ (Bainbridge et al., 2010) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ เป็นรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดบริการต่างๆ โดยมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพภายในองค์กรและเครือข่ายในชุมชน ซึ่งรวมถึง การพัฒนานโยบายกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การจัดโครงการฝึกอบรม การให้ข้อมูล การตัดสินใจร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนบุคลากร เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ทั้งด้านการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยลดรอยต่อของการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล บ้านและสถานที่อื่นๆ ในชุมชน และส่งเสริมการเกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับและการเข้าถึงบริการ การดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ เป็นการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัว โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนทำงานร่วมกันให้การบริการต่างๆ โดยผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบัน การรักษาและการดูแลตามความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อันจะช่วยชีวิตในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมีความหมายมาก จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องไว้รอยต่อของการส่งต่อ มีการเชื่อมโยงการให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน มีการประสานงานและการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและเครือข่ายหน่วยงานที่ให้บริการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ บุคลากรทีมสุขภาพมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีความพึงพอใจในงาน

2. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย

2.1 ความหมายของประสิทธิผล

ประสิทธิผล เป็นผลลัพธ์หนึ่งของการจัดบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีผู้กล่าวถึงความหมายของประสิทธิผลดังนี้

จักรกฤษณ์ จันทะคุณ (2553) กล่าวว่า ประสิทธิผล คือ การบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่พึงปรารถนาหรือเป็นไปตามที่คาดหวัง

ปีเตอร์ ดร็กเกอร์ (Peter Drucker, 2014) ได้ให้ความหมายของคำว่า ประสิทธิผล คือ ผลสำเร็จ ผลที่เกิดขึ้นจากการทำสิ่งที่ถูกต้อง

วีระพันธ์ เขมะนุเชษฐ์ (2558) กล่าวว่า ประสิทธิผล หมายถึง ผลสำเร็จของงานที่เป็นไปตามความมุ่งหวังที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

สรุปได้ว่า ประสิทธิผล หมายถึง การบรรลุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของพฤติกรรมของบุคคล หรือการดำเนินงานขององค์กร ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ จึงหมายถึง การเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

2.2 การประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผลเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการวัดและตรวจสอบผลลัพธ์หรือประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการติดตามความก้าวหน้าของงานในทางสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ และมีความคุณภาพเพิ่มขึ้น การประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการทำงานในการวัดความสามารถในการให้บริการทางสุขภาพที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้

เบนบริดจ์ และคณะ (Bainbridge et al., 2016) ได้เสนอวิธีการประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ จำแนกเป็น การประเมินความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ การรับรู้ถึงการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางซึ่งประเมินได้ทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการรับรู้ของผู้รับบริการถึงการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

เบอร์คี และคณะ (Bourke et al., 2016) ได้ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการที่จัดบริการให้แก่ผู้ป่วยโรคซิสติกไฟโบรซิส (Cystic fibrosis) ระยะสุดท้าย โดยการประเมินความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งต่อตนเองและผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม “a confidential survey” ซึ่งประกอบด้วย 7 ข้อคำถามโดยมีทั้งให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่ให้และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เจ็บป่วยโดยใช้แบบสอบถาม “the palliative care assessment tool” ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยค่าคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการ ค่าคะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ้างแต่ไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ค่าคะแนน 2 หมายถึง มีอาการและกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันปานกลาง และคะแนน 3 หมายถึง มีอาการและกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมาก นอกจากนี้ยังมีการประชุมทีมผู้ให้บริการที่บางคนได้เข้าไปงานศพของผู้ป่วยได้เข้ามาให้ข้อมูลสำหรับการประเมินผลด้วย

ร็อกคิว และคณะ (Rocque, Mullvain, Eickhoff, Cleary, & Campbell, 2016) ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ในมหาวิทยาลัยวิสคอนซิน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นหลังจากใช้รูปแบบดังกล่าวทุก 6 สัปดาห์ โดยวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care (FACIT-PAL) วัดความทุกข์ทรมานจากอาการ โดย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และวัดความเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลโดย Caregiver Reaction Assessment

จะเห็นได้ว่า การประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย สามารถทำได้หลายวิธีการ ทั้งการวัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และสามารถวัดได้จากบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ดูแลที่อาจเป็นญาติหรือผู้ดูแลที่รับจ้างก็ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ จากการประเมินจากบุคลากรทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแล

โดยประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และความพึงพอใจในงานของบุคลากร
ที่มีสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

3. ความพึงพอใจ

3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ ถือว่าเป็นผลลัพธ์สำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของงาน โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวกับการให้บริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจที่ใกล้เคียงกันดังนี้

ดิเรก ฤกษ์หรัย (2528) กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือทัศนคติทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่องานที่ทำของบุคคลที่มีต่องานในทางบวก ความสุขของบุคคลอันเกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความสุข ความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและมีกำลังใจ มีความผูกพันกับหน่วยงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานที่ทำ และสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานส่งผลต่อถึงความก้าวหน้าและความสำเร็จขององค์การอีกด้วยความรู้สึก (Feeling) มีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จ ตามความมุ่งหมายที่ต้องการ หรือ ตามแรงจูงใจ

วรูม (Vroom, 1964) กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ

โวลแมน (Wolman, 1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือความรู้สึกมีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการหรือตามแรงจูงใจ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือมีต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งอาจจะเป็นผู้ให้หรือผู้รับ

3.2 ความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction) มีผู้ให้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้หลายท่าน ดังนี้

สเปคเตอร์ (Spector, 1997) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน คือ ความรู้สึกทางบวกในองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

1) **ด้านลักษณะงาน** หมายถึงการจัดรูปแบบการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลครอบคลุม กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ มีลักษณะการทำงานที่มีความท้าทาย เพิ่มความสามารถและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ได้เรียนรู้และมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น

2) **ด้านการบังคับบัญชา** หมายถึง ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ในลักษณะ รูปแบบการพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้น

3) **ด้านสภาพการทำงาน** หมายถึง ความพึงพอใจในรูปแบบการให้การพยาบาลที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่นคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้การทำงานมีการเพิ่มประสิทธิภาพ

4) **ด้านการติดต่อสื่อสาร** หมายถึงความพึงพอใจของบุคลากรที่มีสุขภาพที่ได้รับข้อมูล มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชี้แจง ปรีกษาหารือ มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน

5) **ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน** หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีสุขภาพ ที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน สัมพันธภาพ กับทีม สหวิชาชีพ ได้แก่ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงานในระดับเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานที่ต่ำกว่าที่ทำให้เกิดความสุขในการทำงานและมีความพึงพอใจในงาน

ทฤษฎีจูงใจค้ำจุนของเฮอิร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) เป็นทฤษฎีที่ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยทั้งสองได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) และปัจจัยสุขอนามัย หรือ ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติโดยตรง เป็นปัจจัยที่จูงใจให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ปัจจัยจูงใจมี 5 ประการคือ

- 1) ความสำเร็จของงาน (Achievement)
- 2) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition)
- 3) ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Advancement)
- 4) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Work Itself)
- 5) ความรับผิดชอบ (Responsibility)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของมาสโลว์ (Maslow, 1954) มีแนวคิดว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการและมีอยู่ตลอดเวลา เมื่อความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วก็จะไม่มี ความหมายสำหรับบุคคลนั้นต่อไป ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ ตั้งอยู่บนสมมติฐาน 3 ประการ คือ

1) **มนุษย์มีความต้องการ** ความต้องการนี้จะมีอยู่เสมอไม่สิ้นสุด เมื่อความต้องการใด ได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอื่นก็จะเข้ามาแทน ซึ่งจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไปไม่มีที่สิ้นสุด

2) ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอีกต่อไป ความต้องการที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้น เป็นความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองเสร็จสิ้นไปแล้วเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม

3) ความต้องการของมนุษย์มีเป็นลำดับขั้น จากความต้องการต่ำไปหาสูงตามลำดับ เมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการขั้นสูงถัดไปก็จะติดตามมาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่อไป

มาสโลว์ (Maslow, 1954) แบ่งความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ขั้นตอน จากต่ำไปหาสูง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอด เช่น ความต้องการในเรื่องอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค การพักผ่อน ที่พักอาศัย และความต้องการทางเพศ

ขั้นที่ 2 ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (Safety or Security Needs) เป็นความต้องการที่จะได้รับการคุ้มครองป้องกันภัยต่างๆ ที่จะเกิดหรืออาจเกิดแก่ชีวิต ทรัพย์สิน สิทธิ เสรีภาพ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในหน้าที่การงาน สถานะทางสังคม

ขั้นที่ 3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social or Security Needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันอย่างมีเพื่อนพรรคพวก การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ขั้นที่ 4 ความต้องการมีชื่อเสียง เกียรติยศได้รับการยกย่องทางสังคม (Esteem Needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเอง ในเรื่องของความรู้ความสามารถ รวมทั้งความต้องการที่จะให้บุคคลอื่นยกย่องสรรเสริญ หรือเป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม และความต้องการในด้านสถานภาพ

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self - Actualization Needs) เป็นความต้องการขั้นสูงของมนุษย์ เป็นความต้องการที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดหรือตามความคาดหวังของตน

ทฤษฎีของ Maslow ได้อธิบายถึงความพึงพอใจในงาน กล่าวคือความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในองค์กรแต่ละระดับ จะมีความต้องการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความต้องการของบุคคลนั้นๆ

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นว่าความพึงพอใจว่าเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของงาน โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวกับการให้บริการ แนวคิดแต่ละแนวคิดมีส่วนประกอบที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกัน จะมีแตกต่างกันตรงในส่วนหัวข้อที่ปลีกย่อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดของ Spector (1997) ในการวัดความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการหรือบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 5 ด้านคือ ความพึงพอใจด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน โดยมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น บุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลจะสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพได้นั้นส่วนสำคัญต้องมีความสุขกับงาน การจัดรูปแบบบริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานถือเป็นขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขและเกิดความพึงพอใจในงานได้

3.3 ความพึงพอใจในบริการ มีผู้ให้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้หลายท่าน ดังนี้

อีริกเซน (Eriksen, 1988) เสนอแนวคิดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านได้แก่

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง กระบวนการหรือการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยอย่างเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง ทักษะและความรู้ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน เช่น การอธิบายขั้นตอนและให้เหตุผลก่อนให้การพยาบาล
3. ความพร้อมในการให้บริการ หมายถึง การตรวจสอบและประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองแต่ความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และมีการควบคุมแสงสว่าง อุณหภูมิและเสียงให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย
5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลและการปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดีเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
6. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำและการสอนรวมทั้งการสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

มุลลินส์ (Mullins, 1954: 397-400 อ้างใน ดามพวรรณ คุณคำ และเบญจมาศ เป็นบุญ, 2555) ได้เสนอแนวคิดในการสร้างความพึงพอใจในบริการได้แก่

1. การให้บริการที่เสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง การให้บริการประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ใช้กฎระเบียบและมาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง การให้บริการที่ตรงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการของภาครัฐที่ต้องปฏิบัติงานให้ตรงเวลา

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เวลาอย่างเพียงพอเหมาะสม นอกจากด้านปริมาณที่เพียงพอแล้วบริการที่ให้แก่ประชาชนต้องมีคุณภาพดี

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) หมายถึง การให้บริการตลอดเวลาไม่ว่าจะสภาวะอากาศเช่นใดและดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะหายจากโรค

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการที่มีการพัฒนาคุณภาพและความสามารถมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยสนองความต้องการของประชาชนอยู่เสมอ

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นว่าผู้ให้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการที่ใกล้เคียง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดของ Eriksen (1988) เพราะแนวคิดนี้มีองค์ประกอบที่สามารถประเมินความพึงพอใจได้ครอบคลุมตามบริบทที่ทีมสุขภาพได้ปฏิบัติกับผู้รับบริการ คือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 6 ด้านคือ ด้านศิลปะการดูแล คุณภาพการดูแลทางเทคนิค ความพร้อมในการให้บริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง และประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแล โดยมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นนอกจากจะให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้วญาติผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเลวลงดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลควรมีเทคนิคหรือที่เรียกว่ามีทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแล การให้บริการที่ครอบคลุมมีความต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้เกิดประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ในการดูแล ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้รับบริการได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ทองทิพย์ พรหมสร (2551) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผลการปฏิบัติโดยรวม

อยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายได้พบว่า การปฏิบัติการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการดูแลทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

สาวิตรี มณีพงศ์ (2551) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลครอบคลุมองค์รวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด เนื่องจากสามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และส่งผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะสุดท้ายตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในด้านการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 75 รองลงมาคือความพึงพอใจด้านบริการด้านได้รับข้อมูลร้อยละ 66.66 ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 67.50

อารัญญา ด่านผาทอง (2552) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทร โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคลมาพิจารณา พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงาน ด้านการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล ความแตกต่างของหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยสามัญกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยไอซียู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2554) ศึกษาเรื่อง ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือน สูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมให้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

นงศรีภย์ สัจจანიการ (2555) ศึกษาเรื่อง ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อการดูแลกับบุคคลอันเป็นที่รักในระยะเวลาที่หลงเหลืออยู่ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตัวเอง มีทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง จากผลการวิจัยครั้งนี้ เสนอแนะให้พยาบาล มีการประเมิณกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆที่จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล เพื่อคัดกรองโอกาสการเกิดความเครียดในการไม่มีความพร้อมต่อการดูแลที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่สุด การวิจัยและการปฏิบัติถือเป็นรากฐานสำคัญเฉพาะความร่วมมือที่มุ่งปรับปรุงการดูแลสำหรับโรคเรื้อรังร่วมกันต่อไป

สรัญญา กุมพล (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการ ด้านสุขภาพองค์รวมลดลง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น และมีการตายที่ดีในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ และเครือข่ายมีความพึงพอใจในการทำงาน

รุ่งทิวา จุลยามิตรพร และบุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี (2556) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่า การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกระบวนการพยาบาล มีข้อที่ควรพัฒนา คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมและประเมินสภาพให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมผู้ป่วยขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล มีข้อที่ควรพัฒนา คือการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งสภาพจิต ใจ จิต วิญญาณ ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ที่ควรพัฒนาคือ ด้านกฎหมายขั้นตอนประเมินผล ที่ควรพัฒนาคือ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด

สิรินทร์ ศาสตรนุรักษ์ และอวยพร ภักดีกุล (2556) ศึกษาเรื่อง การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า การรับรู้ของพยาบาลโดยรวม ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก การรับรู้ของผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่

ในระดับมาก ด้านสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลระหว่างพยาบาล กับผู้ดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไลซ์เซนริง (Leichsenring, 2004) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาบริการด้านสุขภาพและการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในยุโรป พบว่า จากการศึกษาใน 9 ประเทศของยุโรป มีระบบบริการมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยมของแต่ละสังคม โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสานการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลตามความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยและคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ลิดานี และฟอกซ์ (Sidani & Fox, 2014) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาบริการพยาบาลโดยยึดแนวคิดการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางให้บริการ >70% ในด้านการดูแลแบบองค์รวม การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองความเป็นปัจเจกโดยการยอมรับความแตกต่างในด้านความรู้ ประสบการณ์ ความคาดหวัง ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล การยืดหยุ่นหรือปรับแผนการดูแลรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่ามีจำนวนงานวิจัยมากขึ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมุ่งจัดรูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการลดหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกาย การสนับสนุนทางด้านจิตอารมณ์แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการให้การดูแลทางจิตวิญญาณตามความเชื่อทางศาสนา ค่านิยมและวัฒนธรรม โดยส่วนใหญ่จะประเมินประสิทธิภาพของการดูแลในด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมแก่พยาบาลวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ที่ผสมผสานแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลแบบเบ็ดเสร็จเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานไปในแนวทางเดียวกัน ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และเพิ่มความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองโดยใช้รูปแบบ One group pretest - posttest design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ประกอบด้วย

1.1.1 บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และนักรแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.1.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเวียงสระ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย

1.2.1 บุคลากรทีมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน นักโภชนาการ 2 คน และนักรแพทย์แผนไทย 2 คน รวมจำนวน 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกค้างนี้

- 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี
- 2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

1.2.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ช่วงระหว่าง เดือน สิงหาคม 2558 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2559 รวมจำนวน 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ค้างนี้

- 1) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป

- 2) เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย รูปแบบและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ที่ได้จากการประชุมระดมสมองของทีมสหวิชาชีพเพื่ออภิปรายร่วมกันและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

- 1) เครื่องมือที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ศาสนา ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 27 ข้อ ที่ประเมินการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ในด้านการดูแลแบบองค์รวม การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของสิดานี และฟอกซ์ (Sidani & Fox, 2014) โดยให้ระดับความพึงพอใจที่มีต่อข้อคำถามเหล่านั้น จากความคิดเห็นทั้งหมด 5 ระดับ คือ
 - 5 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับมากที่สุด
 - 4 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับมาก
 - 3 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับปานกลาง
 - 2 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับน้อย
 - 1 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับน้อยที่สุด

การแปลผลระดับความสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวม กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของ ประคอง กรรณสูตร (2542) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก
- คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับสูง
- คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อที่สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านลักษณะงาน สภาพการทำงาน และด้านการติดต่อสื่อสาร แบบวัดนี้พัฒนาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่สร้างโดยเพ็ญภา ทองศิริรัมย์ (2549) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ สเปคเตอร์ (Spector, 1997) โดยให้ระดับความพึงพอใจที่มีต่อข้อคำถามเหล่านั้น จากความคิดเห็นทั้งหมด 5 ระดับคือ

- 5 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับมาก
- 3 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับน้อย
- 1 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของ ประคอง กรรณสูตร (2542) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก
- คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง
- คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมาก

2) เครื่องมือที่เก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิ

การศึกษา ศาสนา ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ

ที่สอบถามความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามนี้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยของเพ็ญนภา ทองศิริรัมย์ (2549) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของอีริกเซน (Erikson, 1988) คะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับมาก
- 3 หมายถึง พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับน้อย
- 1 หมายถึง พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก
- คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง
- คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมาก

2.2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาในข้อคำถามกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ ความเหมาะสมของการใช้ภาษา รวมทั้งความครอบคลุมของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละฉบับ คือแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ

2.2.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายหลังจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคลากรทีมสุขภาพ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลอื่นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธพรายเวียงสระและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระคือ โรงพยาบาลพระแสง อำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จำนวน กลุ่มละ 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งยอมรับความเที่ยงที่มีค่า 0.80 ขึ้นไป พบว่าแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87, 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

3.1 ระยะเตรียมการ ศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ทบพทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขอความร่วมมือจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพประชุมระดมสมองเพื่อสร้างรูปแบบและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน ผู้ศึกษาจัดอบรมบุคลากรทีมสุขภาพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนาารูปแบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 ถึง เดือนตุลาคม 2558 การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาวางแผนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ทำหนังสือผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระแสง เพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือ และถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและสาธารณสุขอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย

2) ขออนุญาตจากผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้ศึกษาเองดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ แจ้งให้ทราบ ขั้นตอน และขอความร่วมมือ แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรทีมสุขภาพ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2 ระยะการนำรูปแบบไปใช้

3.2.1 ขอความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2.2 จัดอบรมบุคลากรทีมสุขภาพ พร้อมแจกคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้

3.2.3 ขอความร่วมมือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งขอการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.2.4 ขอความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพในการตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ในสัปดาห์แรก

3.2.5 ขอความร่วมมือจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

3.3 ระยะประเมินผล

3.3.1 ขอความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพในการตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเป็นเวลา 4 สัปดาห์

3.3.2 ขอความร่วมมือจากญาติผู้ดูแลในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเป็นเวลา 4 สัปดาห์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลัง

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจะทดสอบด้วยสถิติที (Dependent t-test) และหากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจะทดสอบด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon's matched-pairs signed-ranks test)

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

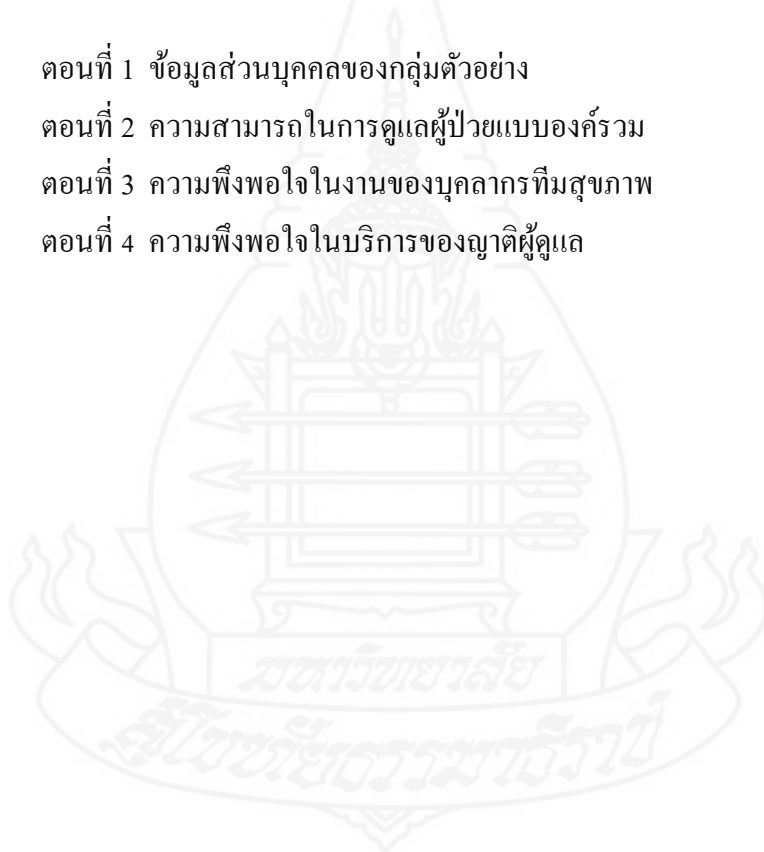
ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการขอความร่วมมือและเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวก หรือต้องการถอนตัวที่จะเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และจะนำเสนอในภาพรวมตามการศึกษานี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ดำเนินการทดลองโดยใช้รูปแบบ One group pretest - posttest design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ
- ตอนที่ 4 ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล



ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรที่มีสุขภาพ และญาติผู้ดูแล ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรที่มีสุขภาพ

บุคลากรที่มีสุขภาพจำนวนทั้งหมด 20 คนเป็นผู้หญิง มีอายุเฉลี่ย 33.85 ปี ($M=33.85$, $SD=6.68$) มีสถานภาพสมรสโสดและคู่พอๆ กัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่วุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 90) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95) และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-5 ปี (ร้อยละ 55) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่มีสุขภาพ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ศาสนา และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย ($n=20$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	20	100.00
รวม	20	100.00
อายุ (ปี) ($M = 33.85$, $SD = 6.68$)		
25-30	8	40.00
31-35	3	15.00
36-40	7	35.00
41-45	1	5.00
46-50	1	5.00
รวม	20	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	10	50.00
คู่	10	50.00
หม้าย/หย่า/แยก	0	0
รวม	20	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	18	90.00
ปริญญาโท	2	10.00
รวม	20	100.00
ศาสนา		
พุทธ	19	95.00
อิสลาม	1	5.00
คริสต์	0	0
รวม	20	100.00
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย (ปี)		
1-5	11	55.00
6-10	6	30.00
11-15	2	10.00
16-20	0	0
21-25	1	5.00
รวม	20	100.00

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 20 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย 35.85 ปี ($M = 33.85$, $SD = 6.68$) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ (ร้อยละ 60) วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา (ร้อยละ 30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 75) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย กับ ผู้ดูแล (ร้อยละ 35) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ศาสนา ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=20)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	16	80.00
ชาย	4	20.00
รวม	20	100.00
อายุ (ปี) (M = 33.85 , SD = 6.68)		
25-30	4	20.00
31-35	6	30.00
36-40	3	15.00
41-45	2	10.00
46-50	5	25.00
รวม	20	100.00
สถานภาพสมรส	10	
โสด	6	30.00
คู่	12	60.00
หม้าย/หย่า/แยก	2	10.00
รวม	20	100.00

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	5.00
ประถมศึกษา	6	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	25.00
ประกาศนียบัตร	1	5.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	5.00
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	25.00
รวม	20	100.00
ศาสนา		
พุทธ	20	100.00
รวม	20	100.00
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย		
ไม่เคย	15	75.00
เคย	5	25.00
รวม	20	100.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	4	20.00
มารดา	5	25.00
สามี	3	15.00
ภรรยา	0	0
บุตร	1	5.00
อื่น ๆ ได้แก่ (ปู่ ย่า ตา ยาย)	7	35
รวม	20	100.00

ตอนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยรวมของบุคลากรทีมสุขภาพก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง ($M=3.56$, $SD=0.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการดูแลแบบองค์รวมและด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคลอยู่ในระดับสูง โดยมีด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเพียงด้านเดียวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยรวม ($M=3.93$, $SD=0.66$) และทุกด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	ก่อนทดลอง (n=20)				หลังทดลอง (n=20)			
	Mean	SD	Median	ระดับ	Mean	SD	Median	ระดับ
ด้านการดูแลแบบองค์รวม	3.47	0.66	3.50	ปานกลาง	3.90	0.08	3.87	สูง
ด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย	3.69	0.04	3.75	สูง	4.02	0.07	3.95	สูง
ด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล	3.45	0.06	3.42	ปานกลาง	3.73	0.09	3.78	สูง
โดยรวม	3.56	0.44	3.55	สูง	3.93	0.66	3.86	สูง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Dependent t-test และสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งก่อนและหลังทดลองเป็นตัวอย่างที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p<.05$) ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test ผลการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพรับรู้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยรวมและรายด้านหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($p < .001$) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	Median	Z	p-value
ก่อนทดลอง	ด้านการดูแลแบบองค์รวม	3.50	3.61	.000
	ด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย	3.75	3.56	.000
	ด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล	3.43	2.76	.000
	โดยรวม	3.59	3.92	.000
หลังทดลอง	ด้านการดูแลแบบองค์รวม	3.88	3.61	.000
	ด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย	3.96	3.56	.000
	ด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล	3.79	2.76	.000
	โดยรวม	3.85	3.92	.000

*** $p < .001$

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานโดยรวมของบุคลากรทีมสุขภาพก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง ($M=3.50$, $SD=0.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านลักษณะงาน ด้านสภาพการทำงานและด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังทดลองพบว่าคุณภาพความพึงพอใจในงานโดยรวม ($M=3.81$, $SD=0.46$) และทุกด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่ม
สุขภาพระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความพึงพอใจในงาน	ก่อนทดลอง (n=20)			หลังทดลอง (n=20)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านลักษณะงาน	3.48	0.33	ปานกลาง	3.68	0.39	สูง
ด้านการบังคับบัญชา	3.78	0.67	สูง	4.10	0.84	สูง
ด้านสภาพการทำงาน	3.36	0.29	ปานกลาง	3.66	0.65	สูง
ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.24	0.26	ปานกลาง	3.68	0.50	สูง
ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	3.75	0.41	สูง	4.05	0.54	สูง
โดยรวม	3.50	0.28	สูง	3.81	0.46	สูง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Dependent t-test และสถิติ Wilcoxon matched- pairs signed-ranks test โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลของความพึงพอใจในงานโดยรวมของบุคลากรที่มสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังทดลองเป็นตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานโดยรวมของบุคลากรที่มสุขภาพระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ระดับความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่มสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่มสุขภาพระหว่างก่อนทดลองและ
หลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความพึงพอใจในงานของ บุคลากรที่มสุขภาพ		t	p-value
		Mean	SD		
ก่อนทดลอง	20	3.50	0.28		
หลังทดลอง	20	3.81	0.47	6.12	.000***

*** $p < .001$

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการก่อนทดลองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.16$, $SD=0.12$) ยกเว้นด้านประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแลอยู่ในระดับสูง หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวม ($M=3.90$, $SD=0.24$) และรายด้านทุกด้าน ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความพึงพอใจในบริการ	ก่อนทดลอง (n=20)			หลังทดลอง (n=20)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านศิลปะการดูแล	2.96	.02	ปานกลาง	4.11	0.07	สูง
ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค	3.01	0.01	ปานกลาง	3.82	0.08	สูง
ด้านความพร้อมในการให้บริการ	3.01	0.03	ปานกลาง	3.94	0.07	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	2.84	0.06	ปานกลาง	3.59	0.09	สูง
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.49	0.05	ปานกลาง	3.86	0.06	สูง
ด้านประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแล	3.63	0.07	สูง	3.97	0.07	สูง
โดยรวม	3.16	0.12	ปานกลาง	3.90	0.24	สูง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Dependent t-test และสถิติ Wilcoxon matched- pairs signed-ranks test โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลของความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลโดยรวมทั้งก่อนและหลังทดลองเป็นตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลโดยรวมระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test ผลการวิเคราะห์พบว่า ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่มีสุขภาพ		t	p-value
		Mean	SD		
ก่อนทดลอง	20	3.16	0.12		
หลังทดลอง	20	3.90	0.24	14.97	.000***

*** $p < .001$



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ดำเนินการทดลองโดยใช้รูปแบบ One group pretest - posttest design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี ดังมีสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตามการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

1.1.3 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

1.2. สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 บุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

1.2.2 บุคลากรทีมสุขภาพมีพึงพอใจในงาน หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

1.2.3 ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

1.3 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) *บุคลากรที่มีสุขภาพ* ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และนักการแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2) *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย* ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระ

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

(1) *บุคลากรที่มีสุขภาพ* ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน นักโภชนาการ 2 คน และนักการแพทย์แผนไทย 2 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี รวมจำนวน 20 คน

(2) *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย* ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) *เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง*คือ รูปแบบและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ที่ได้จากการประชุมระดมสมองของทีมสหวิชาชีพเพื่ออภิปรายร่วมกันและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล* ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

(1) *เครื่องมือสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ* ประกอบด้วย 3 ส่วนส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Sidani & Fox (2014) และส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ที่พัฒนาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่สร้างโดยเพ็ญญา ทองศิริรัมย์ (2549) โดยใช้แนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997)

(2) *เครื่องมือสำหรับญาติผู้ดูแล* ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล พัฒนาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ที่สร้างโดยเพ็ญญา ทองศิริรัมย์ (2549) โดยใช้แนวคิดความพึงพอใจในบริการของ Eriksen (1988) โดยแบบสอบถามชุดที่ 1

ส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ .88 และ .92 ตามลำดับ และค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามเท่ากับ .87 และ .95 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 มีค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ .89 และค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม เท่ากับ .85

1.3.3 การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากพัฒนาเครื่องมือ ก่อนเริ่มการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและผู้เกี่ยวข้องและแบบสอบถามความพึงพอใจในงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 20 คน และแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการกับญาติผู้ดูแล จำนวน 20 คน ในเดือนสิงหาคม 2558 ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ที่ได้พัฒนาขึ้น และเก็บข้อมูลอีกครั้งหลังจากให้บริการ โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการแล้วในเดือนกันยายน 2558

1.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพและความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ซึ่งพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีการกระจายแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon's matched-pairs signed-ranks test) ส่วนข้อมูลความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลมีการกระจายแบบโค้งปกติจึงทดสอบด้วยสถิติที (Dependent t-test)

1.4 ผลการวิจัย

1.4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ และญาติผู้ดูแล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 20 คนเป็นผู้หญิง มีอายุเฉลี่ย 33.85 ปีมีสถานภาพสมรส โสดและคู่พอ ๆ กัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่วุฒิ

การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 90) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95) ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-5 ปี (ร้อยละ 55)

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 20 คน มีอายุเฉลี่ย 33.85 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) มีวุฒิการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 75) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นปู่ย่า ตา ยาย กับผู้ดูแล (ร้อยละ 35)

1.4.2 ความสามารถในการดูแลแบบองค์รวม

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของบุคลากรทีมสุขภาพก่อนทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลแบบองค์รวมและด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคลอยู่ในระดับสูง โดยมีด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเพียงด้านเดียวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งโดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Mach pair signed-ranks test พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($p < .001$)

1.4.3 ความพึงพอใจในงาน

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพก่อนทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับหลังทดลองยกเว้นด้านลักษณะงานด้านสภาพการทำงานและด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ระดับความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

1.4.4 ความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลก่อนทดลองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแลอยู่ในระดับสูง หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ

Dependent t-test พบว่าความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลหลังได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ดังตารางที่ 4.8

2. อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามการรับรู้ของบุคลากร ทีมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

จากผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่าอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Leichsenring (2004) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการเป็นกระบวนการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้อย่างรวดเร็วหรือในขณะนั้นทันที และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Sidani and Fox (2014) ที่กล่าวว่า ประสิทธิภาพในการให้บริการทางสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ถึงการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมความเป็นองค์รวม และการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการจึงช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย นับตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดูแล การกำหนดเป้าหมายการดูแล การให้ข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการหรือความทุกข์ทรมานที่มี และการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วทันเวลา บุคลากรทีมสุขภาพจึงรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมเพิ่มขึ้น

โดยเฉพาะในด้านด้านการดูแลแบบองค์รวมและด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล ได้แก่ การเคารพสิทธิของผู้ป่วย การยอมรับความแตกต่างในด้านความรู้ ประสบการณ์ ความคาดหวัง ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล การยืดหยุ่นในการปรับแผนการดูแลรักษาให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

การที่บุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมีการจัดฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการประเมินความรู้สึก ความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ (2544) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่าพยาบาลหลังการจัดโปรแกรมฝึกอบรมความรู้ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การจัดฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ มีทัศนคติที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อาจช่วยทำให้ผู้ให้บริการและญาติผู้ดูแลมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิภา จุลยามิตรพรและคณะ(2556) ที่ศึกษาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าการทำงานเป็นทีมและการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ประเมินและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งสภาพจิตใจ จิตวิญญาณ ด้วยการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพระหว่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในงาน โดยรวมก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่าอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านลักษณะงานด้านสภาพการทำงานและด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ มีลักษณะการทำงานที่ทำทาย กระตุ้นให้บุคลากรทีมสุขภาพต้องพัฒนา

ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้ปัญหาและความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย สิทธิของผู้ป่วย ตลอดจนความแตกต่างทางความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี และสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีในทีมงาน ประกอบกับการมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่จำเป็น ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพมีแนวทางในการปฏิบัติและการติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดความขัดแย้งในการทำงาน บุคลากรทีมสุขภาพจึงมีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงศ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลครอบคลุมองค์รวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด เนื่องจากสามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และส่งผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งก่อนทดลองญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแลอยู่ในระดับสูง แต่หลังจากได้รับบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับความสนใจเอาใจใส่มากขึ้นจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยจากการให้บริการรูปแบบเดิมมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว และให้การดูแลแบบแยกส่วน โดยไม่ได้ดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักหมดหวังที่จะหายจากโรค และต้องการสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการได้ปฏิบัติตามความเชื่อตามศาสนาที่ตนเองนับถือ เพราะเชื่อว่าการได้ปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าว จะทำให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงษ์ (2551) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากการปวด สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของสรัญญา กุมพล (2555) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะแบบองค์รวมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้น และผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้สร้างความร่วมมือในการวางแผนการดูแล และการมีส่วนร่วมในการปรับเป้าหมายและแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะๆ ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการทำงานและผู้ป่วยและครอบครัวก็มีความพึงพอใจในบริการด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาล ของ Eriksen (1988) คือการมีกระบวนการหรือการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่อย่างเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย การมีทักษะและความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการพยาบาล ความพร้อมในการให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็น มีการประสานงานที่ดี ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่สูงขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าบุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีความพึงพอใจในงานหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ซึ่งแสดงว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมีประสิทธิผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมสุขภาพและต่อความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้บริหารควรสนับสนุนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการในหน่วยงาน และสนับสนุนในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการให้บริการที่ครอบคลุมองค์รวม การทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีสุขภาพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรที่มีสุขภาพส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงระยะเวลา 1-5 ปีของการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นช่วงแรกๆ ของผู้ปฏิบัติงานที่จบใหม่ ดังนั้นควรมีการจัดโปรแกรมการฝึกอบรม เพื่อให้ความรู้พื้นฐานและฝึกสมรรถนะในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อันจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวม และมีความสุขในการทำงาน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีการดูแลเป็นทีม ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้นานขึ้นเพื่อช่วยให้สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตั้งแต่แรกเริ่มที่มีการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัว ภายหลังการสูญเสียบุคคลที่รัก

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกลุ่มผู้ป่วยทุกโรค ทุกวัยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้แยกเป็นเฉพาะโรค ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ตั้งแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาทิ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาและร่วมวางแผนการดูแล พร้อมยอมรับและเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นได้



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2534). การพยาบาลแบบองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง. *วารสารสภาพการพยาบาล* 6 (2), 30-36.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศนีย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17 (1). สืบค้น จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9148>
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชูณห์ศรี, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และเกษม เวชสุทธานนท์. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จักรกฤษณ์ จันทะคุณ. (2553). *ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล คณะกรรมการ*. สืบค้นจาก www.gotoknow.org
- จันทร์จิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จันทร์จิรา เจียรณชัย. (2553). *การพยาบาลแบบองค์รวม*. สืบค้นจาก www.personal.sut.ac.th
- จันทศรี หาญเจนลักษณ์. (2556). Hospice ชีวิตและความตายที่ดี ที่หัวใจ. สืบค้นจาก www.thaipublica.org/2013/02/hospice-jamnongsri/.
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2549). สุขภาพแบบองค์รวม Holistic Health สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกา. สืบค้นจาก www.oknation.net/blog/print.php?id=140405
- ดิเรก ฤกษ์ห่วย. (2528). *ผลสำเร็จในการดำเนินงานของโครงการพัฒนาชนบทระดับหมู่บ้าน: ศึกษาเฉพาะกรณีในจังหวัดลำปางและสกลนคร เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาชนบทแบบผสมผสาน: รายงานการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 23 (สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์) กรุงเทพมหานคร*.
- ดำรง แวอาลี. (2547). องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพตามแนวคิดศาสนาอิสลามและทัศนคติในเรื่อง ความตาย. *วารสารสำนักการแพทย์*, 6 (1), 65-66.
- เต็มศักดิ์ พิงร์ศรี. (2542). *Palliative Care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์*. กรุงเทพมหานคร.

- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2555). ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก www.elearning.ms.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_3.html.
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2544). การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการพยาบาลองค์รวมและความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลองค์รวมของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2531). มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ (ครั้งที่ 1) เรื่อง มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.
- ทัศนีย์ บัวคำ. (2550). ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการต่อ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, เชียงราย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก www.smnc.ac.th
- ธวัชชัย ธนุสาร. (2551). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, อุตรดิตถ์.
- ธัญโสภาคย์ เกษมสัน. (2552). จิตอาสาแม่ะเร็ง อโรคยาศาล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก <http://www.heatthstation.in.th/action/viewvideo/218>
- นงคริ์กษ์ สัจจาณีการ. (2555). ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสุ่เครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลท่าวังผาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. สืบค้นจาก www.tphospital.com/.../index.php
- นวลจันทร์ ชันธุแสง. (2557). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7 (3) : 79-85.
- นิการิหมีะ นิจินิการิและคณะ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26 (5) , 431-439.

- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดาวัลย์ หวังปยยวิสุทธิ. (2549). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ปรียาภา ปัญญาณิช. (2546). *ความพึงพอใจในงานของพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการ
พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พระไพศาล วิสาโล. (2555). *มอบสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *มติชนรายวัน*
สืบค้นจาก www.visalo.org/article
- พัชรียา ไชยลังกา. (2544) *ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่ง
ในภาคใต้*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16 (1) , 39-55.
- เพ็ญภา ทองศิริรัมย์. (2549) *ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย
มะเร็งและความพึงพอใจในงานของพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รุ่งทิวา จุลยามิตรพร และบุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี. (2556). *การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
ในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).*
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2552). *Palliative care กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย* คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th.
- รัชณีย์ ป้อมทอง. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care*. คณะกายภาพบำบัด
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา อินทรสันติ. (2545) *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.
- วรวงษ์ เวชมาลีณัน. (2553) *อโรคยศาล บทเรียนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย
จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*, 1 (2), 5-6.
- วีระพันธ์ เหมะนุเชษฐ์. (2558). *ความหมายของประสิทธิภาพและประสิทธิผล*. สืบค้นจาก
www.bankusayei.blogspot.com.

- วันดี โภคะกุล. (2543). ผู้สูงอายุ สุขภาพและอนามัย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552) *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร :
เจพรีน 2
- ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล. (2556). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในระยะ
สุดท้ายของชีวิต*. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: วิ เจ พรีนดิง
- สาวิตรี มณีพงศ์. (2551) *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต
อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (การค้นคว้าแบบ
อิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และพัชรียา ไชยลังกา. (2550) *ปัญหาสุขภาพและวิธีการ
ดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลในจังหวัด
สงขลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรไม่ได้อิมพ์)*.
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สถาบันแพทย์แผนไทย (2540) *การแพทย์แผนไทยการแพทย์แบบองค์รวม*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์
แผนไทย.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ (2552) *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” สืบค้นจาก www.
khampramong.org/pdf/palliative_care2_2013.pdf*
- สมศักดิ์ นันทชัย. (2551). *ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, เชียงราย.
- สร้อยญา กุมพล. (2555). *การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตาม
แนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น
วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 31 (5), 179-201.*
- สิรินทร์ ศาสตรนุรักษ์ และอวยพร ภัคติกุล. (2556). *การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคองของพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
สงขลานครินทร์เวชสาร, 31 (5) , 235-244.*
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2542). *อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและการบริการด่าน
แรก. เวชปฏิบัติครอบครัว บริการที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน*, นนทบุรี.

- สุวรรณ กุรัตน, พัชรี ภาระโฆ และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อภิรดี สุขศักดิ์และคณะ. (2548). การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, (23) 5, 341-349.
- อรรณ รัตนสุวรรณ. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.* สืบค้นจาก [www. haamor.com/th/](http://www.haamor.com/th/)
- อารีญา ค่านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. *วารสารกองการพยาบาล*, 36 (1) , 15-26.
- อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร. (2556). *การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* สืบค้นจาก www.thailivingwill.in.th/
- อังศุมา อภิชาติ และกานดาศรี ตูลาธรรมกิจ. (2547). *ประสบการณ์การใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อัมพิกา ผูกพัน (2540) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือระหว่างอาจารย์และนักศึกษาและการรับรู้บทบาทแบบองค์รวมของพยาบาลกับความยึดมั่นผูกพันต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- American Nurses Association (2001). *American Nurses Association code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements.* Retrieved from <https://courseweb.pitt.edu>
- Bainbridge, D. , Brazil, K., Krueger, P., Ploeg, J., & Taniguchi, A. (2010). A proposed systems approach to the evaluation of integrated palliative care. *BMC Palliative Care*, 9 (8):1-12.
- Bainbridge, D. , Brazil, K., Krueger, P., Ploeg, J., & Taniguchi, A. (2016). Measuring healthcare integration: Operationalization of a framework for a systems evaluation of palliative care structures, processes, and outcomes. *Palliative Medicine*, 30 (6), 567-579.
- Bourke, S.J., Booth, Z., Doe, S., Anderson, A., Rice, S., Gascoigne, A., & Quibell, R. (2016). A service evaluation of an integrated model of palliative care of cystic fibrosis. *Palliative Medicine*, 30 (7), 698-702.

- Eriksen, L. (1987). Patient Satisfaction: An Indicator of Nursing Care Quality Patient satisfaction is not necessarily an indication of quality nursing care. *Nursing Management*, 18 (7) , 31-38.
- Eriksen, L. (1988). Measuring patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. In C.F. Waitz and O.L. Stickland. (eds). *Measurement of Nursing Outcomes*. New York: Springer.
- Eriksen, L. (1995). Patient Satisfaction with nursing care: Concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3 (1) , 59-76.
- Ewert, B., Hodiamont, F., Wijngaarden, F, Payne, S., Groot, M., Hasselaar, J., ..., Radbruch, L. (2016). Building a taxonomy of integrated palliative care initiatives: results from a focus group. *BMJ Supportive & Palliative Care*. Online access October5, from <http://spcare.bmj.com/>
- Grone, O. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. Retrieved from [www.ncbi.nlm.nih](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
- Herzberg, F. (1959). *The Motivation of Work*. New York : John Wiley and Sons.
- Kodner, D.L. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4), 1-6.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care service for older persons in Europe. *International Journal of Integrated care*, 4 (3), 1-15.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personnality*. New York : Harper and Brother.
- Rocque, G.B., Mullvain, J.A., Eickhoff, J., Cleary, J.F., & Campbell, T.C. (2016). Integrating palliative care into the oncology clinic: A joint management approach. *Palliative Medicine*, 30(5), 510-512.
- Sidani, S. & Fox, M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28 (2) : 134-141.
- Sidani, S., Collins, L, Harbman, P., MacMillan, K, Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C, ...Soeren, M. Development of a measure to assess healthcare providers' implementation of patient-centered care. *Worldviews Evid Based Nurs*, 11 (4) : 248–257.
- Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequences* California: Sage Publications, Inc.

- Spector, P.E. (1994). *Job Satisfaction Survey*. Florida: University of South Florida. Department of Psychology.
- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction : development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13, 693-713.
- Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction, an introduction*. London: Sage Publications.
- Vroom, H. (1964). *Work and motivation*. New York : Wiley and sons.
- Wolman, B.B. (1973). *Dictionary of behavioral science*. London : Litton Education Publishing, Inc.
- World Health Organization. (2008). Integrated health services -What and Why? *Technical Brief No.1*, May 2008. Retrieved on October 5, 2016 from http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf



ภาคผนวก

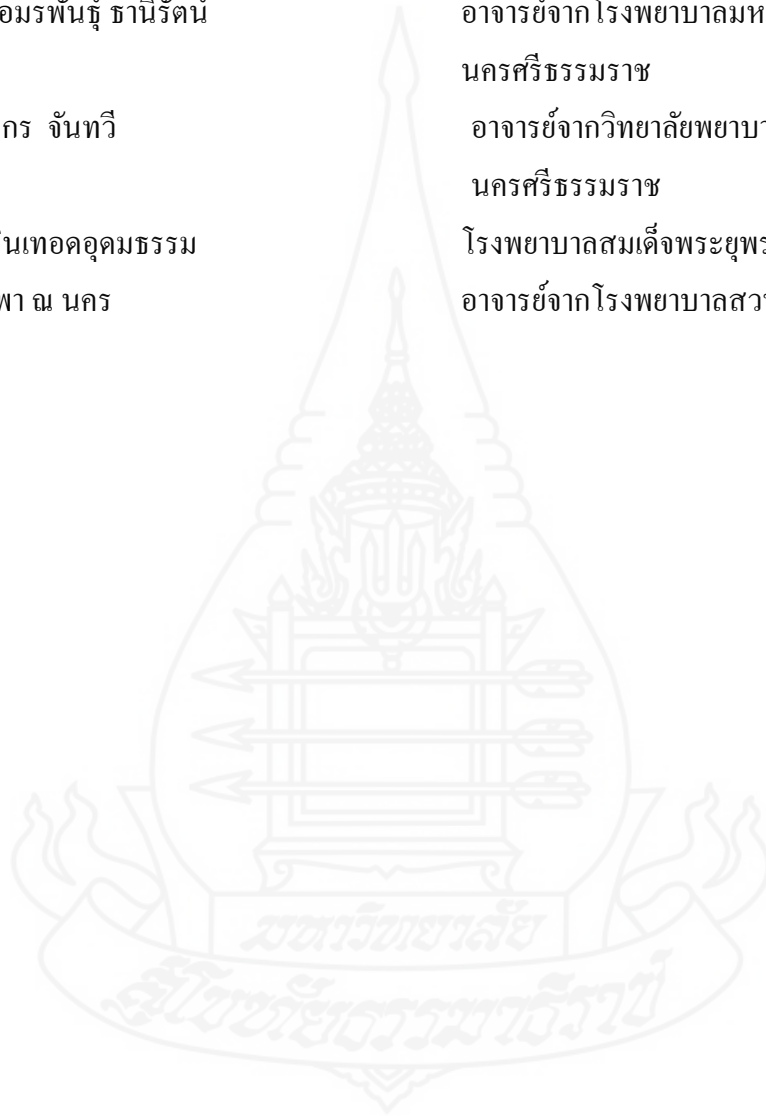


ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ



ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ | อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ |
| 2. นางสาวอมรพันธุ์ ธานีรัตน์ | อาจารย์จากโรงพยาบาลมหาราช
นครศรีธรรมราช |
| 3. นางนิสากร จันทร์วี | อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครศรีธรรมราช |
| 4. นางอรพินเทอดคุณมธรรม | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ |
| 5. นางบุญพา ฅ นคร | อาจารย์จากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศธ 0522.26/ก ๕๖๐

วันที่ 1๐ มีนาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕50



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

10 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวอมรพันธุ์ ธาณรัตน์

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร.081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๒๕๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๐ มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้ว เห็นว่านางสาวอมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร.081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)
สำเนาเรียน นางสาวอมรพันธุ์ ธาณิรัตน์



ที่ ศธ 0522.26/ว 250

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

10 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นางนินาสกร จันทร์วี

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)

ที่ ศธ 0522.26/ว ๒50



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

10 มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่านางนิสากร จันทวี บุคลากรในสังกัดหน่วยงาน
ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)
สำเนาเรียน นางนิสากร จันทวี

ที่ ศธ 0522.26/ว 250



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

/6 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นางอรพิน เทอดอุดมธรรม

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕๕๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

10 มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า นางอรพิน เทอดอุดมธรรม บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)
สำเนาเรียน นางอรพิน เทอดอุดมธรรม



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕50

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

10 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นางบุญพา ณ นคร

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕๕๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอบางกร่าง
จังหวัดนนทบุรี 11120

1๐ มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ด้วย นางวิริยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า นางบุญพา ณ นคร บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-788-9650 (นางวิริยา อินทร์คง)
สำเนาเรียน นางบุญพา ณ นคร

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ ๒๕๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๓ มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน อาจารย์เพ็ญภา ทองดีรัมย์

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า เครื่องมือวัดความพึงพอใจในงานตามแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector, 1987 และเครื่องมือวัดความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล ของ Eriksen, 1988 เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์และมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาค้นคว้าเพื่อประกอบการทำวิจัย ดังนั้น สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงขออนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือของท่านในการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2503-8096

โทรสาร 0-2503-2620

ภาคผนวก ง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเอกสารคำชี้แจงข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย





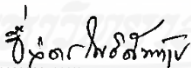
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
 School of Nursing, SukhothaiThammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
 Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096


เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... ๒๖

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสาน
 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 เลขที่โครงการ/รหัส ID 2555100185
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางวิรัช อินทร์คง
 ที่ทำงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชเวียงสระ
 ตำบลบ้านส้อง อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 
 (อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ทัฬหสุข)
 กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 วันที่..... ๙ กันยายน ๒๕๕๙

แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางวิริยา อินทร์คง
เกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย เรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณา
การ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานีแล้ว โดยคำอธิบายมีเนื้อหาและ
รายละเอียดครอบคลุม วัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและประโยชน์
ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการได้ทุก
เมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียเปล่าประโยชน์ หรือเสียหายใดๆ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต้อง
ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อในรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อ
เผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง
ในงานวิจัยด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้า

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ชี้แจง.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล



ที่ ศธ 0522.26/ว 1078



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

4 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวยี่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้
แบบสอบถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และความพึงพอใจในงาน
ของบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานและใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับ
บริการในโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และ
สถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)



ที่ ศธ 0522.26/ว 1๒๖๘

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

4 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเวียงสระ

ด้วย นางวีรยา อินทร์คง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผสมผสานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้
แบบสอบถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และความพึงพอใจในงาน
ของบุคลากรที่มีสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในสังกัดของท่าน และใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และ
สถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาทิทัศกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-788-9650 (นางวีรยา อินทร์คง)

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างแบบสอบถาม



แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามสำหรับญาติผู้ดูแล

โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยโดยมี
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล จำนวน 30 ข้อ

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการ
ตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารทาง
พยาบาลได้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ
และไม่มีผลใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อการวิจัยครั้งนี้

เป็นอย่างยิ่ง

(นางวีรยา อินทร์คง)

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรการบริหารการพยาบาล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่อง () และ/หรือเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบันลงในช่องว่างที่เว้นไว้

สำหรับผู้วิจัย

- | | |
|---|--------|
| 1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง | Sex |
| 2. ปัจจุบันท่านมีอายุ .....ปี (มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี) | Age |
| 3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า () 5. แยก | Status |
| 4. วุฒิการศึกษาสูงสุด (เลือก 1 ข้อ)
() 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
() 5. ประกาศนียบัตร () 6. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 8. ปริญญาโท
() 9. ปริญญาเอกหรือเทียบเท่า () 10. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | Edu |
| 5. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) | Rel |
| 6. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
() 1. ไม่เคย () 2. เคย ระยะเวลา.....เดือน | Exp |
| 7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() 1. บิดา () 2. มารดา
() 3. สามี () 4. ภรรยา
() 5. บุตร () 6. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | Rel-s |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดของท่านเพียงช่องเดียวโดยมีเกณฑ์การเลือก ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านดังนี้
คะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ท่านได้รับจากบุคลากรที่มสุขภาพ
ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง พึงพอใจในบริการระดับมากที่สุด

4 หมายถึง พึงพอใจในบริการระดับมาก

3 หมายถึง พึงพอใจในบริการพยามากระดับปานกลาง

2 หมายถึง พึงพอใจในบริการระดับน้อย

1 หมายถึง พึงพอใจในบริการระดับน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1.	ท่านพึงพอใจในการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ						
2.	เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ						
3.	เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้การพยาบาลอย่างเป็นกันเอง						
4.	เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพพูดจาสุภาพกับท่านและผู้ป่วย						
5.	เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเคารพในสิทธิของผู้ป่วย						
6.	เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วยกัน						

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
7.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถอธิบายแผนการ รักษาพยาบาลให้ท่านเข้าใจได้						
8.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถให้ความรู้เรื่องยา						
9.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอธิบายวิธีการให้ยาผู้ป่วย						
10.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน ของผู้ป่วย						
11.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วย โดยไม่จำเป็น						
12.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน						
13.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ						
14.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมี อาการไม่สบายหรือต้องการความช่วยเหลือ						
15.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจดจำข้อมูลของผู้ป่วยได้						
16.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจัดหาในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ						
17.	สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยมีการจัดอย่างเป็น สัดส่วน						
18.	หอผู้ป่วยได้รับการดูแลกำจัดกลิ่นรบกวน						
19.	ท่านได้รับความช่วยเหลือให้มีอุปกรณ์พร้อมใช้ ต่อผู้ป่วย						
20.	หอผู้ป่วยมีการจัดเตียงผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วนและ ไม่พลุกพล่าน						

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
21.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพรับรู้ถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วย						
22.	เมื่อท่านมีปัญหาทีมสุขภาพจะเข้ามาช่วยดูแลทุกครั้ง						
23.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการประสานงานกันทำให้ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง						
24.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาของท่านและผู้ป่วย						
25.	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ข้อมูลที่ท่านต้องการอย่างชัดเจน						
26.	ท่านและผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยขณะอยู่โรงพยาบาล						
27.	ท่านและผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน						
28.	ครอบครัวของท่านได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย						
29.	ท่านและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ						
30.	ท่านและครอบครัวได้รับทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน						

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ

โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยโดยมี
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และความพึงพอใจในงาน
ของบุคลากรทีมสุขภาพ แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมจำนวน 27 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานจำนวน 24 ข้อ

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการ
ตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารทาง
พยาบาลได้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ
และไม่มีผลใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อการวิจัยครั้งนี้
เป็นอย่างยิ่ง

(นางวีรยา อินทร์คง)

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรการบริหารการพยาบาล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดเขียนเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่อง () และ/หรือเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบันลงในช่องว่างที่เว้นไว้

		สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ	() 1. ชาย () 2. หญิง	Sex
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ .....ปี	(มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)	Age
3. สถานภาพสมรส	() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/หย่า/แยก	Status
4. วุฒិการศึกษาสูงสุด (เลือก 1 ข้อ)	() 1. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 2. ปริญญาโท () 3. อื่นๆ(โปรดระบุ)	Edu
5. ศาสนา	() 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม	Rel
6. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระบุนระยะเวลา.....ปี	Exp
7. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบัน Job	() 1. แพทย์ () 2. เกษีกร () 3. นักโภชนากร () 4. นักการแพทย์แผนไทย () 5. พยาบาลวิชาชีพ	

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดของท่านเพียงช่องเดียวโดยมีเกณฑ์การเลือก ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านดังนี้

คะแนนความสามารถของท่านที่มีต่อการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ในด้านการดูแลแบบองค์รวม การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ในระดับน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1.	ท่านได้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน						
2.	ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยที่เขาเป็นอยู่						
3.	ท่านรู้ถึงคุณค่าและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ท่านให้การดูแล						
4.	ท่านสามารถระบุความต้องการและความห่วงใยของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ท่านให้การดูแล						
5.	ท่านได้สอบถามความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านทุกวัน						
6.	ผู้ป่วยบอกว่ามีความสุขสบายหรือรู้สึกสบายใจมากขึ้นหลังจากที่ท่านให้การดูแล						

ข้อ		ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
7.	ท่านสอนและแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น						
8.	ท่านบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุและกลไกการเกิด ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตลอดจนวิธีการในการดูแลตนเอง						
9.	ท่านให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างครบถ้วน						
10.	ท่านสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อและปัญหาที่ทำให้กังวลใจ						
11.	ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย						
12.	ท่านได้อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาและกลวิธีในการดูแลตนเอง ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเอง						
13.	ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และไม่อคติเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ประโยชน์ ความเสี่ยง และความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้น						
14.	ท่านอธิบายแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยและตอบทุกข้อคำถามของผู้ป่วยและครอบครัว						
15.	ท่านได้สอบถามความรู้สึกรักของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษา						
16.	ท่านให้โอกาสผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการในการรักษาด้วยตนเอง						

ข้อ		ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
17.	ท่านแนะนำการใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน						
18.	ท่านคอยติดตามความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน						
19.	ท่านสอบถามผู้ป่วยถึงบุคลากรทีมสุขภาพหรืองานบริการที่ผู้ป่วยต้องการ						
20.	ท่านให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล						
21.	ท่านสามารถตอบสนองความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกของผู้ป่วย						
22.	ท่านปรับวิธีการรักษาหรือแผนการดูแลตามความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย						
23.	ท่านสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพและความรู้สึกของผู้ป่วย						
24.	ท่านใช้เวลาผู้ป่วยอย่างเพียงพอในการตอบคำถามแก่ผู้ป่วยและครอบครัว						
25.	ท่านมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการ						
26.	ท่านมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน						
27.	ท่านสามารถประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยในยามที่เขาารู้สึกไม่สุขสบายได้อย่างรวดเร็วและทุกเมื่อที่ผู้ป่วยต้องการ						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดของท่านเพียงช่องเดียวโดยมี
เกณฑ์การเลือก ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านดังนี้

คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในด้านลักษณะงาน สภาพการ
ทำงาน และด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง ท่านพอใจในรูปแบบบริการในระดับมากที่สุด
4 หมายถึง ท่านพอใจในรูปแบบบริการในระดับมาก
3 หมายถึง ท่านพอใจในรูปแบบบริการในระดับปานกลาง
2 หมายถึง ท่านพอใจในรูปแบบบริการในระดับน้อย
1 หมายถึง ท่านพอใจในรูปแบบบริการในระดับน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
1.	ท่านได้ใช้ความคิดอย่างมีอิสระในการ จัดรูปแบบการพยาบาล						
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการ พยาบาลให้มีความเหมาะสม						
3.	รูปแบบการพยาบาลทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เป็นองค์รวม						
4.	ท่านมีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ						
5.	ท่านสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองด้วยความรู้ และความสามารถที่มีอยู่						
6.	ท่านมีโอกาสนในการเรียนรู้และพัฒนาการ ทำงาน						
7.	หัวหน้าสนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย						
8.	หัวหน้ารับฟังความคิดเห็นของท่านในเรื่องการ ดูแลผู้ป่วย						

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
9.	หัวหน้าส่งเสริม/สนับสนุนให้มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ						
10.	ท่านได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกันจากหัวหน้า						
11.	มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานเช่น มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน						
12.	ท่านรู้สึกว่ามีบรรยากาศที่ดีในการทำงาน						
13.	มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ						
14.	ท่านมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปในแนวทางเดียวกัน						
15.	ท่านมีรูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย						
16.	ท่านมีการประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงาน						
17.	ท่านมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหน่วยงาน						
18.	ท่านมีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ						
19.	ท่านสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
20.	ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์						
21.	ท่านมีความราบรื่นในการทำงาน						
22.	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน						
23.	ท่านได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน						
24.	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทีมสุขภาพ						

ภาคผนวก ฅ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบบูรณาการ**



**โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

คำนำ

คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน โดยญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองครอบคลุมองค์รวม คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ดูแลได้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีระบบการส่งต่อ อันจะช่วยให้ระบบการทำงานชัดเจนและง่ายขึ้น ส่งผลให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระบบการทำงานและระบบบริการต่อไป

คณะผู้จัดทำ

ตุลาคม 2558



สารบัญ

	หน้า
1.ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1
2.แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ	1
3.แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	5
การดูแลทางด้านร่างกาย	5
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	9
การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ	10
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	11
แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	12
แบบประเมินอาการรบกวน (ESAS)	13
4. การดูแลตามหลักศาสนา	15
ศาสนาพุทธ	15
ศาสนาอิสลาม	15
ศาสนาคริสต์	16
5. ขั้นตอนการดูแลภายหลังเสียชีวิต	17
6. ขั้นตอน/พร้อมหลักฐานประกอบการเขียนหนังสือรับรองการตาย	18
7. แผนผังแสดงรูปแบบและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	19
อ้างอิง	20

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ใกล้เคียงกันดังนี้

สันต์ หัตถิรัตน์ (2544) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือโรคทางใจ ที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

สถาพร ลีลานันทกิจ (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะการป่วยไข้เป็นระยะ ลูกกลมเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ ที่เข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่างๆเท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หาย ได้ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ (2555) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยา การดูแลอย่างใกล้ชิด และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า

อรรพรรณ รัตนสุวรรณ (2555) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลูกกลมจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆอีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนจบจนเสียชีวิต

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีสภาวะการป่วยในระยะลูกกลมเรื้อรัง เข้าสู่ระยะท้ายของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ ภายใต้การรักษาด้วยยาหรือการดูแลตามความเชื่อตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ คือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่รักษาไม่หายและแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกับการประเมิน PPS < 30

2. แนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการเป็นแนวคิดหนึ่งในการให้บริการทางสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้รับบริการ ที่มาของแนวคิดนี้ได้เริ่มเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2002 ที่ประเทศในแถบตะวันตก เช่น สหราชอาณาจักร ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ มีผู้ให้ความหมาย การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated care or Integrated services) ดังนี้

คอตเนอร์ (Kodner, 2002) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated care) มีความหมายใกล้เคียงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Comprehensive care” ซึ่งในที่นี้หมายถึงการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ แต่การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการมีความหมายที่กว้างกว่า โดยหมายถึงกระบวนการในการรวมการบริการทางสุขภาพ การบริการทางสังคม และการสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ เข้าไว้ด้วยกันในระบบบริการทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จและสามารถดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม อันจะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการและคุณภาพการบริการ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ คือการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถาบัน บุคลากรผู้ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ไลซ์เซนริง (Leichsenring, 2004) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการเป็นรูปแบบการบริการในด้านต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนทำงานร่วมกันในการจัดบริการต่างๆ แบบเบ็ดเสร็จในที่เดียว (One Stop Service) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการต่างๆ ที่ครอบคลุมตามความต้องการ อันจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ และบุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการทำงาน แนวคิดการดูแลแบบผสมผสานของไลซ์เซนริง ประกอบด้วย 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม และแนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ

1) แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม

แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ได้ถูกนำมาใช้ในการให้บริการพยาบาลอย่างยาวนาน โดยมีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมดังนี้

ทัศนา บุญทอง (2531) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการให้พยาบาลโดยมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นองค์รวมหน่วยเดียว เป็นการผสมผสานของกาย จิตและจิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

จันทร์ทิรา เจียรณัย (2553) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวม คือการดูแลบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเปรียบเหมือนแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต

สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลผู้รับบริการ ทั้งบุคคลและครอบครัว ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อันจะส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลและครอบครัว

2) แนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ

แนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ได้ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ดังนี้

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542) กล่าวว่า การบริการแบบเบ็ดเสร็จ คือการบริการที่ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจปัญหาและการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมเพราะสุขภาพที่ดีมีขอบเขตมีความหมายกว้างกว่าการดูแลรักษา คือต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนการพัฒนาให้มีพฤติกรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพและการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ

ฉันทโสภาคย์ เกษมสัน (2552) กล่าวว่า การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ คือการให้บริการทุกรูปแบบการดูแล คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพทุกด้านของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ จิตใจ และสังคม

สรุปได้ว่าการดูแลแบบบูรณาการ เป็นการดูแลผู้รับบริการ คือบุคคลและครอบครัว ให้ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการ การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน การดูแลที่ผสมผสานบริการสุขภาพและบริการทางสังคม ตลอดจนการพัฒนาให้มีพฤติกรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพและการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ เป็นการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัว โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนทำงานร่วมกัน ให้การบริการต่างๆ โดยผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบัน การรักษาและการดูแลตามความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ช่วยป้องกันและลดความเลื่อมใสจากความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อันจะช่วยให้ชีวิตในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมีความหมายมาก จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อของการส่งต่อ มีการเชื่อมโยงการให้บริการในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน มีการประสานงานและการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและเครือข่ายหน่วยงานที่ให้บริการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ บุคลากรทีมสุขภาพมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีความพึงพอใจในงาน

3. แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 2 แนวทาง คือ การดูแลแบบเต็มที คือ ให้การรักษาผู้ป่วยทุกอย่างตามแนวทางการดูแลรักษาโรคนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด การทำหัตถการต่างๆ และหากสภาพร่างกายผู้ป่วยแยลง หายใจเองไม่ไหว ก็ให้การรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ และหากทรุดลงจนหัวใจหยุดเต้น ก็ให้การช่วยฟื้นคืนชีพตามแนวทางการรักษา หากช่วยฟื้นคืนชีพไปได้จนแพทย์เห็นสมควร (ส่วนใหญ่ประมาณ 30 นาที) แล้วหัวใจยังไม่กลับมาเต้น ให้แพทย์พิจารณาหยุดช่วยฟื้นคืนชีพ ข้อดีของวิธีนี้คือ ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ข้อเสีย คือ เป็นการทรมานผู้ป่วย เพราะหัตถการต่างๆ ทำให้เจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลผู้ป่วยด้วยยาหรือให้ออกซิเจนอย่างเดียว โดยไม่ทำหัตถการใดๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุด และหากร่างกายทนไม่ไหว จะไม่ทำหัตถการใดๆ ที่จะยืดผู้ป่วยไว้ คือไม่ช่วยฟื้นคืนชีพนั่นเอง เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (พศิน หิรัญหลาย, 2553)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ คือ

3.1 การดูแลทางด้านร่างกาย อาการทางกายที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแนวทางการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการ

3.1.1 อาการปวด

ปัจจุบันนอกจากยาบรรเทาปวดแล้ว อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆร่วมด้วย เช่น การทำสมาธิ ฟังบทสวด การนวด ฟังเพลงบรรเลงเบาๆ เป็นต้น ผู้ดูแล ควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาต่างๆ ได้ครบถ้วน ตรงตามเวลาที่แพทย์แนะนำ และคอยสังเกตว่า ยาได้ผลหรือไม่ หรือ ผู้ป่วยมีอาการอย่างไรภายหลังจากกินยา และคอยพูดคุย ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทางอารมณ์ เพราะอารมณ์ต่างๆ ส่งเสริมให้อาการปวดเพิ่มขึ้น และการใช้ยาได้ผลลดลง

3.1.2 อาการท้องผูก

เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เคลื่อนไหวยาก ร่างกายน้อย กินน้อย อาหารที่กินมีใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย และจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะยาในกลุ่มมอร์ฟีน การดูแลที่ดีที่สุด คือการป้องกัน ผู้ดูแลควรจัดอาหารให้ มี ใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอที่ไม่ขัดกับโรค กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ทำได้

3.1.3 อาการท้องมานหรือบวมในท้อง

เกิดจากภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีการลุกลามมากขึ้น โรคที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดท้องมานคือโรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งตับ โรคตับแข็ง หรือโรคหัวใจล้มเหลว ควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง หรือนั่งพิง เพื่อบรรเทาอาการ

3.1.4 อาการไอ

ควรป้องกันสาเหตุที่ทำให้ไอ เช่น หลีกเลี้ยงฝุ่นควัน ระงับการสำลักขณะรับประทานอาหาร ดื่มน้ำให้ได้มากๆ ในกรณีไม่ห้ามการดื่มน้ำ เพื่อช่วยละลายเสมหะ

3.1.5 อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก

เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วย ผู้ดูแล ควรจัดสถานที่ เพื่อผู้ป่วยไม่ต้องออกแรงมาก เช่น ห้องนอน ควรให้ผู้ป่วยพักชั้นล่าง อากาศถ่ายเทดี อยู่ใกล้ห้องน้ำ หรือให้จับถ่ายด้วยหมอนนอน ควรจัดให้ผู้ป่วยพักให้ทำศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้หน้าอกขยายได้ง่ายและคอยอยู่ดูแลใกล้ชิด

3.1.6 อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้

จัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยปัสสาวะได้สะดวกและรวดเร็ว งดเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ หลัง 18.00 น. ให้จิบน้ำน้อยลง ถ้าผู้ป่วยกลืนปัสสาวะไม่ได้เลย ควรใส่ฝารองขับและหมั่น

เปลี่ยนผ้ารอง (ผ้าอ้อม) ระวัง ขาหนีบ และทวารหนัก ระวังเคืองเป็นแผล โดยดูแลความสะอาดสม่ำเสมอ

3.1.7 อาการบวม

อาจเกิดจากการอุดตันของระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด มีโปรตีนในเลือดต่ำ จากการขาดอาหาร หรือ ตับวาย ซึ่งการบวมจะทำให้เกิดแผลในบริเวณต่างๆที่บวมได้ง่ายควรดูแล อย่าให้เกิดแผลต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมีแผลต้องรีบล้างแผล ใส่ยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ยกแขนหรือขาที่บวมให้สูงขึ้นเพื่อให้ยุบ หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยเท้า และงดอาหารเค็ม เพราะอาหารเค็มซึ่งมีเกลือ จะช่วยให้ร่างกายอุ้มน้ำมากขึ้น อาการบวมจึงมากขึ้น

3.1.8 อาการคัน

เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผื่นแพ้ อับชื้น ระวังเคืองจากปัสสาวะ หรืออุจจาระ หรือสาเหตุจากตัวโรคเองการดูแล คือ ควรให้ผู้ป่วยตัดเล็บสั้น หลีกเลี่ยงการเกา ใส่เสื้อผ้าเนื้อนุ่ม และหลวม เวลาอาบน้ำควรใช้สบู่อ่อนๆ และไม่อาบน้ำอุ่นจัด หรือใช้น้ำมันสำหรับเด็กอ่อนทาผิวหลังอาบน้ำ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง กรณีคันจากตัวโรค

3.1.9 การเกิดแผลกดทับ

การกดทับอย่างต่อเนื่องเพียง 2 ชั่วโมง สามารถทำให้เกิดแผลได้และมักเกิดในจุดที่รับน้ำหนัก เช่น ก้นกบ และข้อต่างๆ การดูแล คือ ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และจัดหาเตียงลมหรือที่นอนน้ำเพื่อให้นอนสบายและเพื่อมีการกระจายน้ำหนักตัวไม่กดลงจุดใดจุดหนึ่งมากเกินไป และต้องรักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณกดทับ

ขั้นตอนการรับใหม่และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ประเมน PPS<30คะแนน
2. ทำ Advance Care Plan โดยร่วมปรึกษาร่วมหรือกับผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติร่วมแสดงความคิดเห็นและสามารถแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้าได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแพทย์จะสามารถทราบถึงความต้องการและรักษาตามอาการได้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
3. จัดเตรียมเตียงให้อยู่ในมุมที่เงียบสงบไม่พลุกพล่านเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และญาติสามารถดูแลพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยได้สะดวกหรือหากมีห้องพิเศษว่างจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าพักในห้องพิเศษโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายกรณีที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
4. ทำการประเมินระดับ Pain Score ทุกเวรเพื่อจะได้ประเมินการให้ยาลดปวด
5. ทำการประเมินระดับ PPS ทุกวันหรือเมื่อระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

พร้อมแจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบเป็นระยะ

6. ทำการประเมิน ESAS ทุกวัน โดยทำการประเมินในเวรตึกเพื่อตอนเช้าแพทย์ขึ้นตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยจะได้ร่วมกันวางแผนการรักษาและจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพพร้อมกับญาติผู้ดูแลหรือทำการประเมินทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อจะได้ให้การรักษาหรือให้ยาได้ทันทั่วถึงลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยได้

7. ประเมิน 9Q 8Q ในกรณีพบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าไม่ค่อยพูดคุยหรือสีหน้าไม่สดชื่นนอนไม่หลับหรือบอกว่าไม่อยากมีชีวิตอีกต่อไป เป็นภาวะคนอื่น หากพบมีระดับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะคิดฆ่าตัวตายรีบรายงานแพทย์เพื่อให้ยาด้านอาการซึมเศร้า

8. กรณีผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลต้องการให้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยทั่วไปที่อยู่ประเภท 3 หรือ 4

9. หากผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลต้องการนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลเซ็นชื่อแสดงเจตจำนงที่จะนำผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น อ็อกซิเจน เครื่องพ่นยา ที่นอนลม เตียงนอน อุปกรณ์ทำแผล พร้อมประสานชุมชนติดตามเยี่ยมบ้าน ให้เบอร์โทรศัพท์แก่ญาติเพื่อสามารถโทรปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อลดขั้นตอนการมารับบริการ(เบอร์โทรศัพท์ 0951027045 คุณวีรยา อินทร์คง พยาบาลวิชาชีพ)

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก PPS (Palliative Performance Scale) PPS เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับ ไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) ประโยชน์ของ PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0-40% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านกรพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น, ใช้สำหรับสื่อสารกันระหว่างบุคลากรในทีม และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าวๆ

PPS (Palliative Performance Scale)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
๑๐๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
50	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้	ง่วงซึม หรือไม่รู้สึกตัว+/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

3.2 การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ

3.2.1 ให้ความรักและความเห็นใจ

ความรักและกำลังใจจากลูกหลาน ญาติมิตร และผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญเพราะสามารถลดความกลัว และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจได้

3.2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

การบอกความจริงเรื่องโรคร้ายจำเป็นต้องใช้เวลา และต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม อาจน้อมนำได้หลายวิธี เช่น นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ที่ห้องเพื่อให้ระลึกนึกถึง ชวนให้สวดมนต์ตามหลักศาสนา

3.2.3 การช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ

ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมีความรู้สึกผิดบางอย่างอยู่ในใจแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลต้องแสดงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่ามีผู้จัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นให้เรียบร้อยได้ และพยายามช่วยให้ผู้ป่วย ปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดติด สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว งดการเถียงกัน ร้องไห้ ให้ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยิน อาจใช้วิธีทางศาสนามาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า ในชาวคาทอลิก(อรวรรณ รัตนสุวรรณ 2555)

แนวทางการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Psychological) การประเมินด้านจิตใจ

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับ ที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1 – 7 วัน	เป็น บ่อย >7 วัน	เป็นทุก วัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่ เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

< 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19

มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงหมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้	ไม่ใช่	ใช่
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0 0	6 8
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน			
รวม			

0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย 9-16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง หมายเหตุ มีคะแนนตั้งแต่ 1 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ESAS เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้ายวิธีการประเมินอาการต่างๆโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วยเนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อยหากผู้ประเมินไม่ได้ใช้แบบประเมินESAS ก็อาจจะลืมถามในบางอาการก็เป็นได้ทำให้ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วนและอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

ESAS(Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกรของท่านที่สุด ณ ขณะนี้

<u>ไม่มีอาการปวด</u>					<u>มีอาการปวดมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย</u>					<u>มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่มีอาการคลื่นไส้</u>					<u>มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่มีอาการซึมเศร้า</u>					<u>มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่วิตกกังวล</u>					<u>วิตกกังวลมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/สติ</u>					<u>มีอาการง่วงซึม/สับสน/สติมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่เบื่ออาหาร</u>					<u>เบื่ออาหารมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>สบายดีทั้งกายและใจ</u>					<u>ไม่สบายกายและใจเลย</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ</u>					<u>มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ปัญหาอื่นๆ</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

แบบประเมินอาการรบกวนต่างๆ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ปรับใช้ในหน่วยงาน

ESAS	0 คะแนน	10 คะแนน	วันที่/เวลา/ผู้ประเมิน			
1. อาการปวด	ไม่มี	ปวดรุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
2. เหนื่อย/ อ่อนเพลีย	ไม่มี	เหนื่อย/ อ่อนเพลีย รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
3. คลื่นไส้	ไม่มี	คลื่นไส้ รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
4. ซึมเศร้า	ไม่มี	ซึมเศร้า รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
5. วิดกกังวล	ไม่มี	วิตกกังวล รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
6. ง่วงซึม/ สลึมสลือ	ไม่มี	ง่วงซึม/ สลึมสลือ รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
7. เบื่ออาหาร	ไม่มี	เบื่ออาหาร รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
8. สบายดีทั้ง กาย/ใจ	ไม่มี	สบายดีทั้ง กาย/ใจ รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
9. เหนื่อยหอบ	ไม่มี	เหนื่อยหอบ รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........
10. ปัญหาอื่นๆ	ไม่มี	ปัญหา รุนแรงที่สุด	..........	..........	..........	..........

4. การดูแลตามหลักศาสนา

ผู้ป่วยที่ใกล้ตายเมื่อวิญญาณจะออกจากร่าง ควรให้อยู่ในสภาพที่สงบที่สุด ไม่ว่าผู้ป่วยจะนับถือศาสนาใดก็ตาม พยาบาลควรมีส่วนร่วมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบทั้งกาย จิต วิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนาเพื่อนำไปสู่สุคติ เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้จะตาย หรือเรียกว่า เข้ามรณาสันนกาลแล้ว โสตประสาท และจักษุประสาทยังไม่ดับ สิ่งที่สำคัญในระยะนี้ คือ การนำทางจิตวิญญาณ (spiritual guidance) ไม่ว่าผู้ป่วยกำลังจะตายจากสาเหตุใดก็ตาม เพราะทุกศาสนาต่างเชื่อในหลักกฎแห่งกรรมและชีวิตหลังความตาย ซึ่งอาจจะมีรูปแบบและการตีความหมายที่แตกต่างกันเท่านั้น

4.1 ศาสนาพุทธ

มีประเพณีปฏิบัติกันมาตั้งแต่โบราณกาล คือ “การบอกหนทาง” ให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย วิธีนี้อาจกระทำได้โดยพระ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือแม้แต่นุคกลางทางการแพทย์ และสาธารณสุข การบอกหนทางดังกล่าว คือ การพูดจูงใจให้เตรียมสติให้ผู้ที่กำลังจะตาย ระลึกถึงกรรมดีหรือบุญกุศลที่เคยทำไว้ หรือบอกให้นึกถึงพุทโธพุท โธอะระหังฯฯ ไปเรื่อยๆ จนสิ้นลม อย่งไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่มรณาสันนวิถี ซึ่งเป็นวิถีสุดท้ายซึ่งใกล้ชิดกับความตายอย่างมาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้สิ่งใดทางทวารทั้ง 5 ได้เลย ดังนั้นการบอกหนทาง หรือการให้สติแก่ผู้ป่วยควรกระทำในตอนต้นๆ ของมรณาสันนกาลในขณะที่ยังพอมีสติอยู่

4.2 ศาสนาอิสลาม

ได้แนะนำการปฏิบัติช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ควรให้บุคคลซึ่งผู้ป่วยรักและไว้ใจมากที่สุดเป็นผู้ดูแล และเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิดและขอภัยจากอัลเลาะห์และเตือนให้กล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์) ซึ่งเป็นถ้อยคำที่ดำรงอยู่คู่ชีวิตของชาวมุสลิม ตั้งแต่เมื่อแรกเกิดจนถึงยามที่ชีวิตจะดับขันธ์ การเตือนผู้ป่วยด้วยถ้อยคำ “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” ไม่ควรเร่งเร็ว หรือกล่าวซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายครั้ง ทั้งนี้เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ และหากผู้ป่วยเคยละเมิดผู้อื่น ไว้ก็ฝากขอภัยต่อผู้นั้นเสีย เพราะการสำนึกผิดเป็นหน้าที่ของผู้ศรัทธาทุกคนและทุกสภาวะ นอกจากนี้ ยังควรเตือนให้ผู้ป่วยได้สั่งเสียเกี่ยวกับทรัพย์สินหรือเรื่องอื่นๆ แก่ทายาทหรือผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากช่วงเวลานี้อาจจะเป็นโอกาสสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะได้สั่งเสียแก่ทายาทในสิ่งสำคัญที่สุด สำหรับในช่วงเวลานี้ นักวิชาการบางส่วนยังเห็นว่าควรให้อ่าน ซูเราะฮ์ยาซีน แก่ผู้ป่วยด้วย หากผู้รักษาเห็นผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักมากแล้ว ก็ควรดูแลโดยการหยอดน้ำเพื่อมิให้ลำคอของ

ผู้ป่วยแห้งผากเกินไป และควรจัดการให้ผู้ป่วยได้นอนหันหน้าไปทางกิบลัด (ที่นครเมกกะ) โดยตะแคงด้านขวา หรือนอนหงายโดยยกศีรษะให้สูงขึ้นหันหน้าไปทางกิบลัดก็ได้หากเป็นการไม่ลำบากเกินไป แต่หากมีอุปสรรคมากให้ผู้ป่วยได้นอนในท่าที่สบายที่สุด

4.3 ศาสนาคริสต์

เชื่อว่า ความตายเป็นหนทางสู่ชีวิตใหม่ตามความเชื่อเรื่องการกลับฟื้นคืนชีพทำให้ชาวคาทอลิกไม่หวาดกลัวเรื่องนี้อีกต่อไป โดยเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องกระตุ้นให้มนุษย์มีความหวังและซื่อสัตย์ต่อพระเจ้า หากมนุษย์เชื่อมั่นในพระเจ้าและมอบความรักให้แก่พระองค์ทั้งชีวิต ผู้นั้นก็จะได้ใกล้ชิดพระองค์และมีชีวิตนิรันดร์ ชาวคาทอลิกที่กำลังจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับศีลเจม ซึ่งเป็นการโปรดศีลให้แก่ผู้ซึ่งกำลังป่วยหนักหรือใกล้จะเสียชีวิต เพื่อให้ได้รับพระพรฝ่ายจิตวิญญาณในการอดทนและต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป หรือในกรณีใกล้ตายก็จะเป็นการรับพรก่อนที่จะก้าวสู่อีกมิติหนึ่งของชีวิต ซึ่งก่อนจะประกอบศีลเจมแก่ผู้ป่วยนี้ บาทหลวงควรสอบถามถึงอาการของผู้ป่วยเพื่อจะได้ประกอบพิธีและเลือกบทอ่านกับบทภาวนาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังควรเตรียมการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย พร้อมอธิบายความหมายของศีลศักดิ์สิทธิ์ให้เข้าใจไปพร้อมๆ กันด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550 : 226 - 295)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น ซึม หายใจเหนื่อยมากขึ้น ชีพจรเบา ช้ำลงหรือเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง ควรปฏิบัติดังนี้

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ V/S ทุก 1 ชั่วโมง แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง และใช้โอกาสนี้พูดคุยและให้กำลังใจญาติ
- 2) ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลตามแผนการพยาบาลและแผนการรักษา เช่น การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การให้ยาระงับปวด เป็นต้น
- 3) แพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วยร่วมปรึกษาหารือกัน และให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจในการจากไปตามธรรมชาติ ไม่ต้องช่วยฟื้นคืนหรือใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยญาติจะต้องบอกให้ทุกคนในครอบครัวรับทราบ และยอมรับการตัดสินใจของญาติด้วย ในกรณีที่ญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวยังไม่ยอมรับไม่ได้ พยาบาลจะประสานให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์อีกครั้ง โดยมีพยาบาลร่วมให้ข้อมูลต่างๆ ด้วย เพื่อการตัดสินใจร่วมกันของญาติอีกครั้ง
- 4) จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับญาติตามลำพัง และกั้นม่านให้ตามความเหมาะสม บรรยากาศเงียบสงบ
- 5) แจ้งให้ญาติทราบ เพื่อแจ้งให้ครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยทราบ

6) เมื่อความดันโลหิตเริ่มต่ำมาก พยาบาลจะทำหน้าที่แนะนำให้ญาติผู้ป่วยบอกทางให้ผู้ป่วย โดยให้ญาติจับมือผู้ป่วย และกระซิบบอกทาง โดยให้นึกถึงคุณงามความดีที่ผู้ป่วยกระทำมา ไม่ให้วิตกกังวลเกี่ยวกับลูกๆ หรือผู้ที่อยู่ข้างหลัง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ สามารถดูแลตนเองได้

7) เมื่อผู้ป่วยจากไปพยาบาลกล่าวแสดงความเสียใจกับญาติผู้ป่วยและใช้เวลากับญาติในการแสดงความอาลัยกับผู้ป่วยประมาณ 15–30 นาที หรือเมื่อพร้อม พยาบาลจะเข้าไปทำความสะอาดร่างกาย และแต่งตัวให้ตามที่ญาติจัดเตรียมเสื้อผ้ามาให้

5. ขั้นตอนการดูแลภายหลังเสียชีวิต

1) พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การปฏิบัติต่อศพ ควรกระทำเช่นเดียวกับผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ โดยการทำสิ่งต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ให้ความเคารพเช่นเดียวกับผู้ตายยังมีชีวิตอยู่การตกแต่งร่างกายส่วนต่างๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยส่วนที่พิการ หรือไม่น่าดูเปิดเผยต่อสายตาญาติและผู้อื่น การแต่งศพ ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตมากที่สุด เหมือนสภาพคนที่กำลังนอนหลับสนิท การห่มผ้าคลุมศพ ไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะ แต่ควรคลุมแค่อก

2) แนะนำญาติจัดหาเสื้อผ้า อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ดอกไม้ รูป เทียน ตามความเชื่อทางศาสนา

3) ภายหลัง 30 นาที อาบน้ำทำความสะอาดเปลี่ยนเสื้อผ้า pack ศพ ตามความต้องการของญาติ

4) ให้ญาติได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ

5) เคลื่อนย้ายศพภายหลังครบ 2 ชั่วโมงหลังเสียชีวิตหากญาติไม่มีรถ ประสานมูลนิธิเคลื่อนย้ายศพสู่บ้าน

6. ขั้นตอน/พร้อมหลักฐานประกอบการเขียนหนังสือรับรองการตาย

1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการหรือหนังสือสำคัญบุคคลต่างด้าวและทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม

2) บัตรประชาชนของญาติผู้รับหนังสือรับรองการตาย

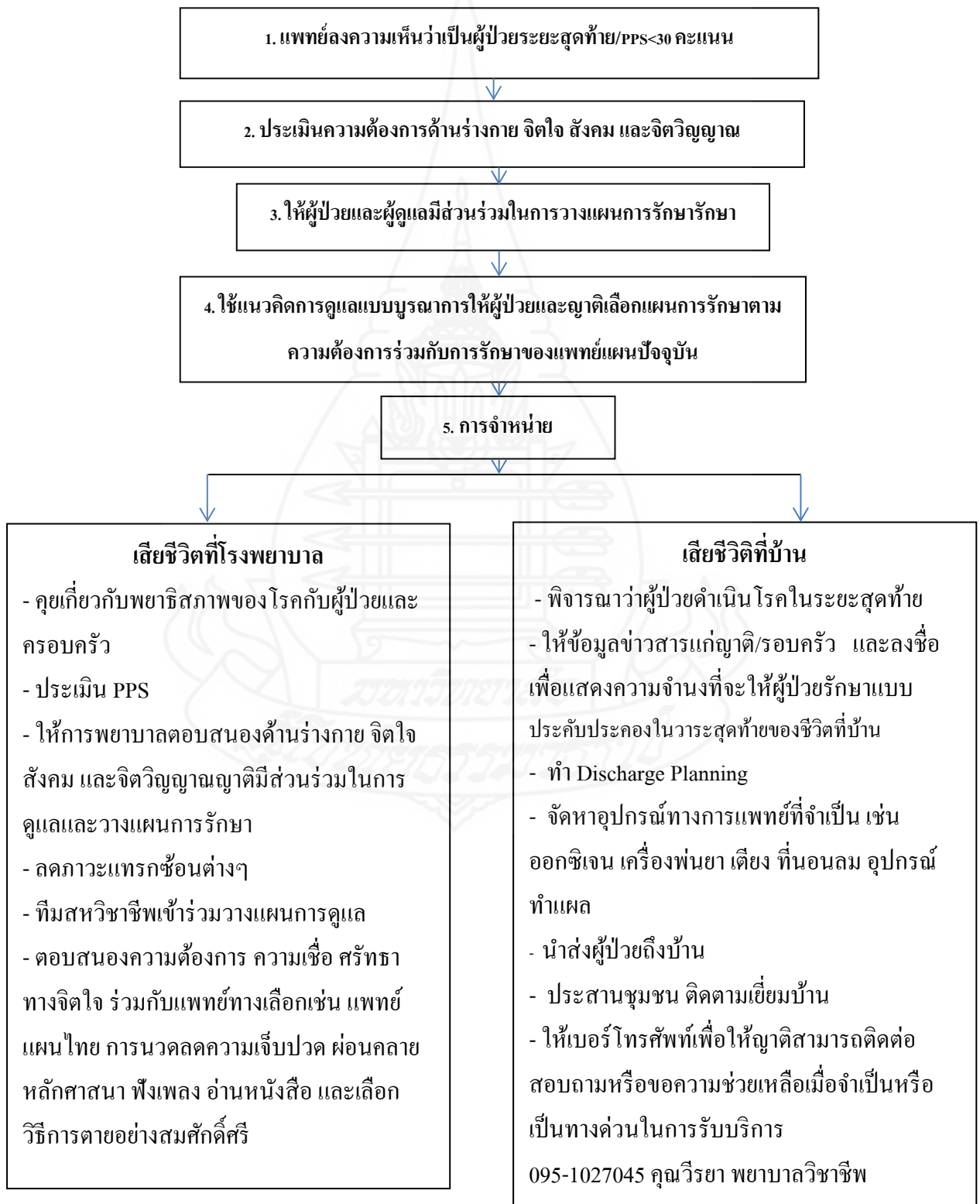
3) กรอกข้อมูลในระบบ Host - XPพร้อมให้แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรสรุปพร้อมเซ็นรับรอง

4) ให้ญาติผู้รับหนังสือรับรองการตาย เช่น ด้รับในใบก๊อปปี้ ด้านหลัง พร้อมเลข

13 หลัก

5) ให้ญาตินำหนังสือรับรองการตายฉบับจริงพร้อมใบประหน้าหนังสือไปแจ้ง
ที่ว่าการอำเภอภายใน 24 ชั่วโมง

7. แผนผังแสดงรูปแบบและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



อ้างอิง

- จันทร์ทิวา เจียรณชัย. (2553). *การพยาบาลแบบองค์รวม*. สืบค้นจาก www.personal.sut.ac.th
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2555). ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ค้นคืนวันที่ 25 มิถุนายน 2557 จาก www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_3.html
- ทัศนาศา บัญทอง. (2531). มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ (ครั้งที่ 1) เรื่อง มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.*
- ธัญยโสภาคย์ เกษมสัน. (2552). *จิตอาสาหม่ามะเร็ง อโรคยาสา* สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก <http://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/218>
- แบบประเมิน 9Q8Qกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขค้นคืน วันที่ 10 ตุลาคม 2558 จาก www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22
- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ค้นคืน วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 จาก www.victoriahospice.org pps_thai_01
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552) *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*, กรุงเทพมหานคร : เจพรีน 2
- สถาพร ลีลานันทกิจ (2552) “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” ค้นคืน วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 จาก www.khampramong.org/pdf/palliative_care2_2013.pdf
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2542). *อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและการบริการด่านแรก. เวชปฏิบัติครอบครัว บริการที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน*, นนทบุรี.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรรรรณ รัตนสุวรรณ. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นจาก www.haamor.com/th/ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทยค้นคืน วันที่ มกราคม 2557 จาก http://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/esas_thai.pdf
- Kodner, D.L. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a Discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4), 1-6.
- Leichsenring, K. (2004). “Developing integrated health and social care Service for older person in Europe” *International Journal of Integated care*.4,June-September.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางวีรยา อินทร์คง
วัน เดือน ปีเกิด	28 กรกฎาคม 2521
สถานที่เกิด	อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ต่อเนื่อง 2 ปี) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2548 ประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พ.ศ. 2553 ศิลปศาสตรบัณฑิต (สาขาสารสนเทศทั่วไป) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2553
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ตำบลบ้านส้อง อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84190
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

