



ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพ



จิรวรรณ บุญทองมาก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์





ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพ



จิรวรรณ บุญทองมาก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF PRIMARY NURSING MODEL USING ON THE END OF LIFE CARE  
OF NURSE'S COMPETENCY**



**JIRAWAN BUNTONGMAK**

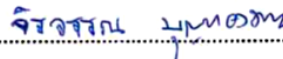
**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)  
Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College  
Academic year 2018  
Copyright of Saint Louis College**

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

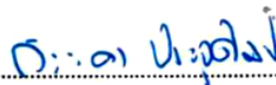
ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ของพยาบาลวิชาชีพ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
วันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2561



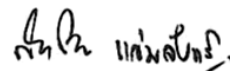
จিরวรรณ บุญทองมาก

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกุศล, Ph.D.

ประธานสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์, Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถีอบุญธวัชชัย, Ph.D.

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุญดี, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ แนวคิดและคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ที่มีคุณค่าตลอดจนความเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกสำนึกในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกสิลา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลศุภย์ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและแนวคิดเพิ่มเติมจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณวิทยากรทั้ง 6 ท่าน ที่ได้ให้ความรู้แก่พยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการฝึกปฏิบัติในครั้งนี้ ตลอดจนหัวหน้าแผนกของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ความช่วยเหลือ ในการศึกษาซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ตลอดจนกำลังใจที่ได้รับจากคณาจารย์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณสำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษาที่ได้ให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือการวิจัยบางส่วน รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นในคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลทุกท่านที่ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับผู้ช่วยผู้จัดการ ทั้ง 4 ท่าน พว. ศิริธัญญา ชุ่มเต็ม พว. ชะบา คำปัญญาญญ พว. อภิภูษาพร คำกุ่ม ที่ช่วยเหลือทุกๆ อย่างด้วยดีมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอโน้มรำลึกคุณคณะภคินีเซนต์ปอล เดอ ชาร์ต เซอร์อิกเนส บุนญรักษา ศรีตระกูล อธิการิณีเจ้าคณะแขวง เซอร์มารี-ซาเวียร์ โรซาร์พิทักษ์ อธิการิณี โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และเซอร์ทุกท่านในบ้านเซนต์หลุยส์ รวมถึงบิดา มารดา พี่น้อง ครอบครัวบุญทองมาก และผู้ที่มีพระคุณทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ สนับสนุนงานวิจัยฉบับนี้ด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้ผู้วิจัยประสบผลสำเร็จทางการศึกษานี้ ขอพระเจ้าประทานพระพรแก่ทุกท่านตลอดไป

จิรวรรณ บุญทองมาก

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 140301001; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: จีรวรรณ บุญทองมาก
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF PRIMARY NURSING MODEL USING ON THE END OF LIFE CARE OF NURSE'S COMPETENCY
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ละเอียด แจ่มจันทร์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จินตนา อาจสันเทียะ, Ph.D.
คำสำคัญ	: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบพยาบาลเจ้าของไข้
จำนวนหน้า	: 144 หน้า

**บทคัดย่อ**

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 0.92 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.963 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที (Pair t-test) วิกฤก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้หลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.15, S.D. = 0.44$ ) และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

<b>ACADEMIC CODE</b>	: 140301001; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S. (NURSING ADMINISTRATION)
<b>STUDENT'S NAME</b>	: JIRAWAN BUNTONGMAK
<b>TITLE OF THESIS</b>	: EFFECT OF PRIMARY NURSING MODEL USING ON THE END OF LIFE CARE OF NURSE'S COMPETENCY
<b>THESIS ADVISORS</b>	: ASST. PROF. LAIAD JAMJAN, Ed.D.
<b>THESIS CO-ADVISORS</b>	: ASST. PROF. JINTANA ARTSUNTIA, Ed.D.
<b>KEY WORDS</b>	: TEMINAL PATIENTS, END OF LIFE CARE, NURSE'S COMPETENCY IN END OF LIFE CARE, THE PRIMARY NURSING CARE SYSTEM.  : 144 pages

#### ABSTRAC

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of the nurse's competency in end of life care with the primary nursing care system. The sample included professionals nurses working in In patient department and department of the elderly at St. Louis Hospital and had experienced in end of life care 3–5 years of 30 purposive sampling people. Research instruments were the handbook of developing nurse's competency in end of life care with the primary nursing care system and the nurse's competency in end of life care with the primary nursing care system. Both instruments were tested for content validity of questionnaire by 3 experts with CVI 0.92 and reliability coefficient Alpha was 0.963. Analyze data with descriptive statistics and pair t-tests statistical for before and after tested.

The results revealed that the nurse's competency in end of life care after used the primary nursing care system was a high level ( $\bar{X} = 4.15$ , S.D. = 0.44) and nurse's competency in end of life care after used the primary nursing care system was a high level before used using the system was statistically significant .05 level.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ง
สารบัญภาพ.....	จ
บทที่.....	
<b>1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
<b>2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>9</b>
2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์.....	9
2.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	11
2.3 แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้.....	22
2.4 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	29
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>36</b>
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
3.2 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	37

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่.....	
<b>3</b> <b>วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)</b> .....	
3.3 เครื่องมือการวิจัย.....	37
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	46
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
<b>4</b> <b>ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b> .....	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ส่วนที่ 2 ศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ การพยาบาลเจ้าของไข้.....	54
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลัง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	61
<b>5</b> <b>สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b> .....	62
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	63
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	66
5.3 ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	72
<b>บรรณานุกรม</b> .....	73
<b>ภาคผนวก</b> .....	79
<b>ก</b> <b>รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ</b> .....	80
<b>ข</b> <b>เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์</b> .....	82
<b>ค</b> <b>โครงการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาล     เจ้าของไข้</b> .....	84
<b>ง</b> <b>คู่มือการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาล     เจ้าของไข้</b> .....	89
<b>จ</b> <b>ตารางคู่มือสำหรับวิทยากร</b> .....	122

## สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ).....	หน้า
ฉ. แบบสอบถามการวิจัย.....	130
ช. เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	137
ซ. เอกสารขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล เพื่อการวิจัย.....	141
ประวัติผู้ศึกษา.....	144



## สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 สักส่วนผู้ป่วย/พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ป่วย:พยาบาล) .....	10
2 แสดงการบูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ.....	38
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์การเคออบรม หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	53
4 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกตามรายด้านหลังการใช้ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	54
5 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	55
6 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการ ความปวดและอาการทุกข์ทรมานหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	56
7 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 3 ด้านการดูแลใน ระยะใกล้ตายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	57
8 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 4 ด้านการดูแล ภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	58
9 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 5 ด้านการสื่อสาร และการให้การปรึกษาหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	59
10 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 6 ด้านจริยธรรม และกฎหมายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	60
11 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลัง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....	61

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่.....	
1 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในยุคศตวรรษที่ 21.....	13
2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	35
3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	50



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นจากการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้รักษาและชะลอความตายช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคน มีความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุ (WHO, 2013) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้นเพราะแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกกว่า 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย แต่ยังไม่ได้รับการดูแลถึงร้อยละ 86 องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้ทุกประเทศบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต (WHO, 2015)

ประเทศไทยมีแนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน โรคไตเพิ่มขึ้น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศติดต่อกันมากกว่า 10 ปี คือ โรคมะเร็ง เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 60,000 กว่าราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) โรคเรื้อรังและมะเร็งมีระยะการก่อโรคเป็นเวลานานและไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายอาจมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ลดคุณภาพชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นมิติที่ท้าทายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในระยะทุกข์ทรมานตรานจนนาทีสุดท้ายของชีวิต (สุวรรณ ภูรัตน์ และคณะ, 2556) เพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้นเป็นการเยียวยาคนทั้งคนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งทางกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2552) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) จึงได้กำหนดนโยบายระดับชาติในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายก่อตั้งหน่วยงานดูแลประคับประคองและหน่วยดูแลคุณภาพชีวิตในทุกระดับบริการ รวมทั้งมีแนวทางพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์สังกัดในพระศาสนจักรโรมันคาทอลิกมีปรัชญาที่ว่า “เมตตากรุณาอยู่ที่ใดพระเจ้าสถิตที่นั่น” พันธกิจข้อที่ 1 คือ พัฒนาระบบการดูแลรักษาด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยทีมพัฒนาระบบการ Hospice Care Center เพราะการดูแลระยะสุดท้ายมีความสำคัญยิ่ง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกเรื่อง (สุรัชย์ ชุ่มศรีพันธ์, 2560) โครงการนี้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล (โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, 2559) ซึ่งได้ดำเนินการ SWOT Analysis มีผลสรุปดังนี้

จุดแข็ง (Strengths) โรงพยาบาลคริสตศาสนานเน้นความรักและเมตตา เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยายามมีจิตวิญญาณในการอภิบาลผู้ป่วยและครอบครัว

จุดอ่อน (Weakness) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นแบบยึดการรักษาเป็นสำคัญคุ้นชินกับการสูญเสีย สมรรถนะของพยาบาลขาดการเชื่อมโยงกับบทบาทอิสระของวิชาชีพ การสื่อสาร ประสานงานดูแลรักษายังไม่ครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ

โอกาส (Opportunities) โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ประกาศกลยุทธ์ข้อที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลรักษาด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยทีมพัฒนาระบบการ Hospice care center

อุปสรรค (Threats) การดูแลระยะสุดท้ายมีองค์ความรู้ แนวทาง และหลักปฏิบัติที่มาจากหลายสถาบัน ไม่มีการวิเคราะห์ให้เหมาะสมในการนำมาพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการวิเคราะห์ผู้วิจัยจึงได้นำจุดอ่อน (Weakness) ที่สำคัญ คือ ขาดสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เชื่อมโยงกับบทบาทอิสระของพยาบาล และอุปสรรค (Threats) คือ การดูแลระยะสุดท้ายมีองค์ความรู้ แนวทาง และหลักปฏิบัติที่มาจากหลายสถาบัน ยังไม่ได้วิเคราะห์ให้เหมาะสมในการนำมาพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ มาปรับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สะท้อนบทบาทอิสระของพยาบาล ภายใต้การดูแลด้วยความรัก ความเมตตาและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามหลักคริสตศาสนา โดยมีโอกาส (Opportunities) ดีที่ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ประกาศเป็นกลยุทธ์สำคัญข้อที่ 1 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยทีมพัฒนาระบบการ Hospice Care Center

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เป็นความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน ที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ (JCAHO, 1996 cited in Fey & Miltner, 2000; Jones & Teevan, 2007; อรุณี รูปงาม และบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) โดยสมรรถนะเป็นสิ่งที่ได้จากการฝึกปฏิบัติและประสบการณ์ไม่ได้เป็นสิ่งที่มิมีมาแต่เกิด สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานแต่ละวิชาชีพหรือแม้แต่วิชาชีพเดียวกันอาจไม่เหมือนกัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2551) ดังนั้น สภาการพยาบาล (2558, อ้างใน ธีระชล สาดสิน, 2559) ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหลักสูตรต้นแบบการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลแบบประคับประคองไว้ 6 สมรรถนะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษา 6) จริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งสมรรถนะทั้ง 6 มีความครอบคลุมมิติในการดูแลรักษาทั้งกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี และเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความสำคัญเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) เป็นรูปแบบที่เอื้อให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น โดยมีจุดเด่นสำคัญที่สามารถนำมาบูรณาการกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ 1) พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 2) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้บทบาทอิสระวิจารณ์ญาณและตัดสินใจวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย 3) พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนมอบหมายหน้าที่ กำกับดูแล สนับสนุนทีมการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล 4) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้องค์ความรู้ตามสมรรถนะหลักของการพยาบาลระยะสุดท้าย และ 5) พยาบาลเจ้าของไข้บริหารจัดการประสานงานวิชาชีพอื่นและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเยียวยารวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556; Manthey M., 2002) ดังนั้นรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงเป็นรูปแบบที่พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมองค์รวม โดยเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง มีการประสานงานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการพัฒนาคณาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพขึ้น

จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิด Watts & O'Leary (1980) สามารถเอื้อให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้พยาบาลมีเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยและญาติ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีลักษณะในการปฏิบัติงานที่สำคัญ คือ 5A's 5C's ได้แก่ ความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่ (Accountability) การพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) มีอำนาจหน้าที่ (Authority) มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness) ความเป็นอิสระเชิงวิชาชีพ (Autonomy) มีความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพ (Collaboration) มีการติดต่อสื่อสาร ที่มีความเข้าใจตรงกันถึงปัญหาผู้ป่วย (Communication) มีความผูกพันในงานในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (Commitment) มีความต่อเนื่อง (Continuity) และมีการประสานงานอย่างเป็นระบบ (Coordination) ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู พุกบุญมีและคณะ (2544, อ้างใน อรพิน นุชบัน, 2557) ที่ได้ทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วย พบว่าพยาบาลมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น พยาบาลเจ้าของไข้ได้พัฒนาบทบาทหน้าที่อิสระในการตัดสินใจ วางแผนการพยาบาลด้วยตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ภายใต้ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ดังนั้นระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงมีความสำคัญที่จะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สะท้อนให้เห็นบทบาทอิสระของพยาบาลได้อย่างชัดเจน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่ละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงญาติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

- 1) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นอย่างไร
- 2) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
- 2) เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## 1.4 สมมติฐานการวิจัย

- 1) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับสูง
- 2) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## 1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest and Posttest Design) โดยศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

- 1) ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- 2) ตัวแปรที่ศึกษา คือ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 3) ระยะเวลาในการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายหรือผู้ป่วยเสียชีวิต ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2017

## 1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคอยู่ในขั้นสุดท้ายมีแนวโน้มทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรครภายใน 1 ปี และรับไว้ในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

**การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง การรับผิดชอบของพยาบาลในการเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายใช้ PPSv2 Score ประเมินความต้องการและ Edmonton Symptom Assessment System: ESAS ประเมินอาการรบกวนนำระดับคะแนนที่ได้มาวางแผนจัดการความเจ็บปวด ลดทุกข์ทรมาน และอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ มีการสื่อสารประชุมครอบครัว Family Meeting พร้อมสหสาขา ให้ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมช่วยให้จิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ปลดปล่อยวาง ปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ ให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายตายดี จัดบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ และกล่าวคำอำลาจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัวแต่งหน้าศพตามต้องการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแลหากผู้ป่วยประสงค์จะกลับบ้าน

**พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง พยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้น 1 มีประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปีและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยในและสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

**รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉพาะรายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ได้แก่ "5A's 5C's" ที่มีขั้นตอนดังนี้

- 1) พยาบาลเจ้าของไข้รับมอบหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 ราย จากหัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวร ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวนได้ถูกต้อง โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

3) พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv2)

4) พยาบาลเจ้าของไข้แสดงความเคารพพหุ ร่วมแสดงความเสียใจ สวดภาวนาอำลาขอสมาชิกจากผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

5) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้ข้อมูลระดับผู้ป่วยตาม PPSv2 สื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและทีมการพยาบาล

6) พยาบาลเจ้าของไข้ติดต่อสื่อสารสอบถามผู้ป่วย/ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับเอกสารแสดงเจตจำนงการดูแลในวาระสุดท้ายรวมถึงแผนการรักษาเพื่อยุติชีวิตอื่นๆ เช่น การกู้ชีพ (CPR) การใส่ท่อช่วยหายใจการให้ยา Inotropic Drugs ฯลฯ และบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษร

**สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีสมรรถนะตามประกาศของสภาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหลักสูตรต้นแบบ สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 6 สมรรถนะดังนี้

**สมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว** หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีสมรรถนะในการจัดการดูแลประเมินความต้องการ โดยใช้ PPSv2 Score เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยรับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ใช้กระบวนการพยาบาลตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมินความต้องการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

**สมรรถนะที่ 2 การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน** หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีความรู้ด้านสิทธิผู้ป่วย คัมครอง และแสดงออกอย่างเหมาะสม ยอมรับได้กับอารมณ์ การแสดงออกที่อาจไม่เหมาะสมของผู้ป่วยและญาติ ทั้งมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่างๆ โดยเฉพาะความปวด สามารถใช้เครื่องมือประเมิน Edmonton Symptom Assessment System: ESAS ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและตอบสนองโดยประยุกต์วิธีการต่างๆ ทั้งทางยาและวิธีการบำบัดแบบผสมผสาน เพื่อบรรเทาจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมความสุขสบายติดตามผลการบำบัดต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

**สมรรถนะที่ 3 การดูแลในระยะใกล้ตาย** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติที่ดีเข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ประสานงานกับวิชาชีพอื่นและส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้ยอมรับภาวะใกล้ตาย สามารถใช้บันทึกแบบประเมิน Family Meeting และวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่จะเกิดขึ้น ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale v2 Score) อยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย ใช้ศาสตร์และศิลป์ต่างๆ ช่วยให้มีมีความสุข ลดทุกข์ทรมาน อบอุ่นด้วยความรักถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ห่วงใยให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเรื่องการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

**สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจสามารถประเมินเกี่ยวกับความสูญเสียและความเศร้าโศกเข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก ช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญกรณีครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

**สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจหลักแนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤติให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบความจริงและข่าวร้าย ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้การปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย รวมทั้งมีการประสานงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุมครอบครัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

**สมรรถนะที่ 6 จริยธรรมและกฎหมาย** หมายถึง พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการได้

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

### ระดับบุคคล

- 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลองค์รวมจากพยาบาลที่มีสมรรถนะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2) พยาบาลวิชาชีพแสดงบทบาทอิสระตามสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรฐานวิชาชีพ

### ระดับองค์กร

- 1) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้
- 2) เป็นแนวทางฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพขององค์กรเซนต์หลุยส์ในแบบ Residency Training



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
- 2.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 2.2.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 2.2.2 แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
    - 1) ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
    - 2) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
    - 3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
- 2.3 แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้
  - 2.3.1 ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้
  - 2.3.2 แนวคิดของการพยาบาลเจ้าของไข้
  - 2.3.3 การพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.4 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ จำนวน 412 เตียง สังกัดในพระศาสนจักรโรมันคาทอลิก มีการดำเนินงานภายใต้พื้นฐานปรัชญาที่ว่า “เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น” มีพันธกิจสำคัญ 2 ข้อ คือ 1) ประกาศข่าวดีของพระคริสตเจ้า 2) ประกาศความรักและความเมตตากรุณาในการเยียวยาทั้งทางกายและทางจิตวิญญาณ โดยนำวิสัยทัศน์มาพัฒนา บ้านแห่งความสุขการเยียวยารักษาที่นำความสุขความหวังและศรัทธาแห่งการเยียวยาทั้งทางกายและทางจิตวิญญาณนำค่านิยมหลัก 5 ข้อ คือ 1) Patients First 2) Personnel's Happiness 3) Justice and Love 4) Human Dignity 5) Societal Well-Being and Community Support มาใช้ในการดูแลบุคลากรให้มีความสุข นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บนมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก (แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ค.ศ. 2016-2018, 2559) พันธกิจดังกล่าวส่งผลต่อแผนกลยุทธ์ระดับ โรงพยาบาลข้อที่ 1 เรื่อง พัฒนาระบบการดูแลรักษา ด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยโครงการสร้างทีมพัฒนาระบบการตาม Saint Louis Care Model และโครงการ Hospice Care Center มีระยะเวลา 3 ปีพ.ศ. 2559-2561 อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้จัดการ ฝ่ายการพยาบาล (โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, 2559) โครงการดังกล่าวจึงมีจุดเน้นที่สัมพันธ์กับ “คำหนึ่งถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ (The Dignity of Human Life)” ในยามเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และต้องเผชิญกับความตาย ดำรงไว้ซึ่งสิทธิรับการดูแลรักษาอย่างมีศักดิ์ศรีครบถ้วนตามคำสอนว่า มนุษย์ทุกคนเป็นพระฉายาลักษณ์ของพระเจ้า Image of God (หนังสือปฐมกาล 1:26) ได้รับการไถ่บาปแล้ว ในพระคริสต์ (Christ's redemption) (Eph 1:10) ดังนั้นไม่ว่าในสภาพใดทุกคนมีศักดิ์ศรีเสมอ (สุภาพร ดาวดี, 2558) การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) จึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกเรื่อง (สุรัชย์ ชุ่มศรีพันธุ์, 2560)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้นาองค์กรพยาบาล/ฝ่ายการพยาบาล มีคณะกรรมการบริหารฝ่ายการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ทั้ง 4 กลุ่มงาน ผู้แทนหัวหน้าหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิกฝ่ายการพยาบาล จำนวน 4 คน มีโครงสร้างการบริหารฝ่ายการพยาบาลแบ่งเป็น 4 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานผู้ป่วยใน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มงานวิชาการ อีกทั้งยังมีบริการเสริม ที่มีผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้กำกับดูแลในแต่ละกลุ่ม มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 307 คน เพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลพอเพียงแก่การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่ดี จึงได้กำหนดแนวทางในการจัดอัตรากำลังตามมาตรฐานของกองการพยาบาลกำหนดให้มีสัดส่วนเป็นไปตามภาระงาน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยความรุนแรงของการเจ็บป่วย และปริมาณกิจกรรมการพยาบาลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนผู้ป่วย/พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ป่วย:พยาบาล) (ฝ่ายการพยาบาล, 2560)

หน่วยงาน	สัดส่วนผู้ป่วย/พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ป่วย:พยาบาล)		
	เช้า	บ่าย	ดึก
CCU	1-2:1	1-2:1	1-2:1
ICU	1-2:1	1-2:1	1-2:1
Ward	5:1	5:1	8:1

## 2.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 2.2.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังนี้

Keck and Walther (1977) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในระยะสุดท้าย มีการแพร่กระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น รักษาไม่ได้หรือแพทย์รายงานการวินิจฉัยโรคว่าการดำเนินของโรคแย่งร้ายแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาไม่สามารถผ่าตัดหรือรักษาให้หายได้

Smith and Bohnet (1983) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีการใด ๆ อาการจะทรุดลงไปเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และเสียชีวิตในที่สุด

William Sullivan (2003) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยการรักษาทางการแพทย์ทำได้เพียงยืดเวลา เช่น เรื่องของจิตวิญญาณ

Johnsen, et al. (2009) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยาและการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้พยากรณ์ โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่า

สถาพร ลีลานันทกิจ (2552) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ การบำบัดชนิดต่างๆ ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น

อรพรรณ รัตนสุวรรณ (2557) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลุกลามจนรักษาไม่หาย และแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนเสียชีวิต

บังอร ไทรเกตุ (2556) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลามเรื้อรัง และเข้าสู่ระยะสุดท้ายในการดำเนินการของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนใหญ่จะมีอยู่ชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ เพราะการดำเนินของโรคอยู่ในขั้นสุดท้ายมีแนวโน้มทรุดลงไปเรื่อยๆ โดยพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

## 2.2.2 แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 1) ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีผู้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และรักษาภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558) ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายไปจนกระทั่งตายและหลังการตาย โดยเน้นการดูแลเพื่อลดและบรรเทาความทุกข์ทรมาน รวมทั้งอาการรบกวนอื่นๆ เพื่อการจากไปอย่างสงบตายดี ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่มีเรื่องติดค้าง ซึ่งต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน โดยมีเป้าหมายให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

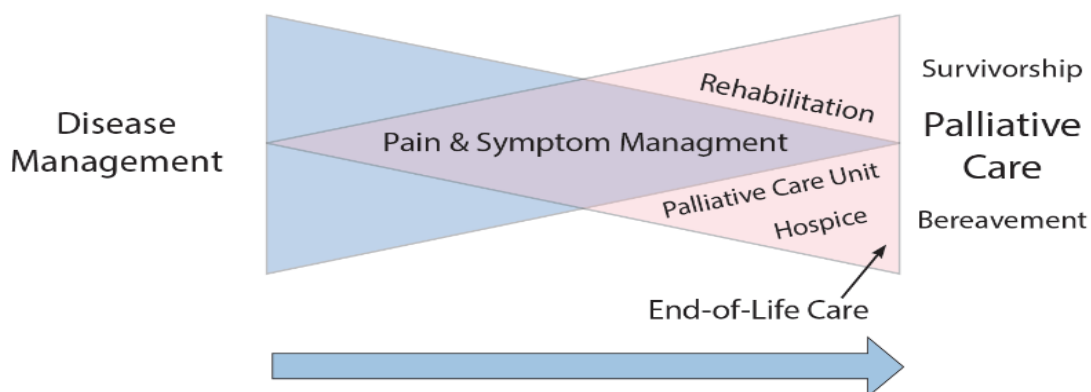
วีรยา อินทร์คง (2558) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตที่หมดหวังในการรักษา หรืออยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตให้ได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมถึงการลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาลและมีอิสระในการปฏิบัติตามความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม และการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคใด และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นแบบประคับประคอง ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยและอาการรบกวนต่างๆ โดยบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

### 2) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเริ่มตั้งแต่การจัดการกับโรคที่เจ็บป่วยรักษาไม่หายขาดโดยมุ่งเน้นในการให้การดูแลรักษาถึงความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาของการป่วย และในช่วงท้ายของชีวิตยังมีความต้องการพยาบาลแบบประคับประคองมากขึ้น ต้องการบรรเทาให้เกิดความสุขสบายต้องการการฟื้นฟู และเมื่อถึงเวลาของช่วงท้ายการดูแลในสถานพยาบาลแบบพักรับรอง

(Hospice) ก็ยังเป็นทางเลือก จนกระทั่งจากลาซึ่งมีการดูแลหลังการสูญเสียให้กับครอบครัว ดังภาพที่ 2 แสดงให้เห็นแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่มีการปรับปรุงจากเดิมมาเป็นดังแนวคิดต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในยุคศตวรรษที่ 21

ที่มา: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/palliative-care-approach>

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายจนแพทย์ไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ ส่วนด้านการดูแลรักษาพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่และได้จากไปอย่างสงบ (Peaceful Death) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (To Die with Dignity) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามสภาพธรรมชาติที่ควรจะเป็น ไม่ได้เสียชีวิตภายใต้กรรมวิธีและเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002; อ้างใน สำนักการพยาบาล, 2559) ได้กำหนดประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มี 6 ด้าน คือ

- (1) ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง
- (2) ดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
- (3) ความต่อเนื่องในการดูแล
- (4) ดูแลเป็นทีม
- (5) มีระบบส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล
- (6) เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

(1) ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่แพทย์หรือผู้ให้การรักษา ทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยทำความเข้าใจ 2 อย่าง คือ โรค (Disease) เป็นกระบวนการทางพยาธิวิทยาที่ใช้อธิบายรูปแบบของความเจ็บป่วย มีทฤษฎีรองรับชัดเจน อธิบายในผู้ป่วยทุกรายเหมือนกัน และความเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเป็นความเป็นจริงเฉพาะของแต่ละบุคคลและซับซ้อนสามารถอธิบายได้แตกต่างกันไปตามแต่พื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต โดยกระบวนการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของ (Stewart, M., Brown J. & Ian, Mc. Whinney, 2003 อ้างใน สตางค์ ศุภผล, 2013) ได้แก่

- (1.1) ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore Both Disease and Illness)
- (1.2) ช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the Whole Person)
- (1.3) หาหนทางร่วมกัน (Find Common Ground)
- (1.4) สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม (Incorporate Prevention and Health Promotion)
- (1.5) ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance Doctor-Patient Relationship)
- (1.6) มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง (Being Realistic)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ การนำเอาผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล เน้นการดูแลเพื่อความสุขสบายตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน แยกแยะระหว่างปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากตัวผู้ป่วยหรือปัญหาจากสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวเพื่อการดูแลที่ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

(2) ดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน หมายถึง การดูแลที่ให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน โดยการพยาบาลองค์รวมเป็นการพยาบาลที่ดูแลบุคคลเป็นหนึ่งเดียวผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในเรื่องภาวะสุขภาพ การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2551) และเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) การพยาบาลองค์รวม (สำนักการพยาบาล, 2551) ประกอบด้วย

(2.1) เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคนและถือว่าคุณคนเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคมออกมาเป็นหนึ่ง เพราะฉะนั้นจะไม่มีคำว่าผู้ป่วยทางกายหรือผู้ป่วยทางจิตเวช

(2.2) บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัวหรือชุมชน ในระบบเปิด มนุษย์จะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือมนุษย์มีความสามารถที่จะแสวงหาความรู้ สร้างปัญญา และแนวคิดของตนเองที่จะเลือกกลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใดรู้จักจัดระบบระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต

(2.3) เจตคติค่านิยมการรับรู้และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและเป็นปัจจัยนำที่สามารถทำให้มีความเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

(2.4) การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุดต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล

(2.5) ใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน

(2.6) การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและเพื่อสุขภาพของชีวิต

การดูแลแบบองค์รวมเป็นกระบวนการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่การดูแลเพื่อรักษา แต่เป็นการดูแลที่ต้องใส่ใจทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(3) ความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา/ดูแลอย่างต่อเนื่องแม้จะอยู่ที่บ้านหรืออีกนัย คือ การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) เป็นกระบวนการที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ วิเคราะห์ปัญหาความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการประเมินผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกันให้คำแนะนำความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมินผลการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย

การดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเน้นให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากการดูแลตลอดช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตตลอดจนภายหลังเสียชีวิต

(4) คู่มือเป็นทีม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi Disciplinary Teamwork) เป็นการทำงานที่ประสานงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไปมากขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยและบริบทของทีม โดยทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย (กรมการแพทย์, 2551)

- แพทย์ (แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของผู้ป่วย)

- พยาบาล

- บุคลากรสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เภสัชกร โภชนากร ฯลฯ

- บุคลากรอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ พระนักบวชหมอนวดแพทย์แผนโบราณ ฯลฯ

- ครอบครัวญาติและเพื่อนบ้าน

- อาสาสมัคร

(5) มีระบบส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล หมายถึง ระบบส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามดูแลให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

(6) เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง เป้าหมายของการดูแลไม่ได้เพื่อให้หายจากโรค แต่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคม สามารถแก้ไขปัญหาลดลดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

### 3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีดังนี้

3.1) ประเมินความต้องการการดูแลและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv2) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia ประเทศแคนาดา (Downing, M. G., et al., 2007) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร

เชียงใหม่ (คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง, 2551) เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัวซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPSv2 = 70%-100% คือ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวปกติ ทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยเหลือตัวเองได้ การกินอาหารปกติความรู้สึกตัวดี ต้องการความช่วยเหลือเพียงครั้งคราว

ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPSv2 = 40%-60% คือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง เคลื่อนไหวลดลง ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด บางครั้งสับสน

ระยะที่ 3 ระยะวาระสุดท้าย (End-of-Life) คะแนน PPSv2 = 0% - 30% คือ ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลารับประทานทางปากไม่ได้ ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกรู้ตัว ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญในงานวิจัยครั้งนี้

3.2) ประเมินอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Bruer, E., et al., (1991) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ดาริน จตุรภัทรพร, 2555) อาการที่ควรประเมินมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วยอาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

3.3) รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

3.4) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ กรณีผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนให้ประชุมปรึกษารื้อขอคำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม (Family Meeting) ทั้งมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.5) ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคองตามระดับคะแนน PPSv2 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPSv2 = 70% - 100% พยายามให้การดูแลเพื่อลดความไม่สบายต่างๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแบบประคองเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษา

ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPSv2 = 40% - 60% การพยาบาลสำหรับระยะนี้ คือ ต้องประสานทีมสหสาขาประชุมครอบครัวเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลร่วมกัน มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ช่วยลดความปวด ความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ยังมีชีวิต เตรียมพร้อมสู่วาระสุดท้าย

ระยะที่ 3 ระยะวาระสุดท้าย (End-of-Life) คะแนน PPSv2 = 0% - 30 % พยาบาลและทีมสหสาขาช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญความตายอย่างสันติด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ครอบครัว/ญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วย สามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างดีหลังการสูญเสีย โดยมีแนวทางการดูแลในระยะนี้ ดังนี้

(1) การประเมินการจัดการกับโรค (Disease Management Assessment)

(1.1) ทบทวน Chart ของผู้ป่วย, การให้ยา การวางแผนการดูแล

(1.2) ให้ข้อมูล, ข้อตกลงและการตั้งเป้าหมายในการดูแลตอบสนองความต้องการร่วมกันกับผู้ป่วย / ญาติในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติมี โอกาสเลือกตามต้องการในเรื่องต่างๆ เช่น การจัดการสิ่งค้างคา, สถานที่ที่จะเสียชีวิต

(1.3) ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

(1.4) ปรีกษาญาติผู้ป่วยและแพทย์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน กรณีผู้ป่วยต้องการ

(1.5) ประเมินซ้ำเรื่องความเหมาะสมการให้ยา ให้ออกซิเจนและสารน้ำ

(2) การประเมินด้านร่างกายและการดูแล (Physical Assessment & care)

(2.1) ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยและติดตามดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำของผู้ป่วย

(2.2) ให้ผู้ป่วยจิบน้ำ หรือให้อาหารจำนวนน้อย ๆ เท่าที่ผู้ป่วยรับได้

(2.3) ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยบ่อยๆ

(2.4) ประเมินอาการเขียว (Cyanosis) และผิวหนังเป็นลาย (Mottling)

(2.5) จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ที่นอน แสงไฟอุ่น

(2.6) การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมเท่าที่ทำได้ เช่น พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

(2.7) ประเมินการให้ยาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเมื่อมีการเคลื่อนไหว

ร่างกาย

(3) ประเมินการดูแลด้านจิตสังคมและการดูแล (Assessment of Psychosocial Care & Care)

(3.1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา

(3.2) ค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว

- (3.3) ประเมินความเหนื่อยล้าและระดับความอดทนของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย
- (3.4) อนุญาตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- (3.5) จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ
- (3.6) ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือบ้าน ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา
- (4) การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & Care)
- (4.1) ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล
- (4.2) ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว
- (4.3) นำพระสงฆ์ พระภิกษุหรือผู้นำศาสนามาเยี่ยมผู้ป่วยตามความปรารถนาของผู้ป่วย
- (5) การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ปฏิบัติ ดังนี้
- (5.1) ใช้เวลาอยู่เคียงข้างผู้ป่วยสัมผัสเย็บด้วยหัวใจรัก ตรวจสอบอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยให้ข้อมูลที่เป็นจริงในทิศทางเดียวกัน
- (5.2) อธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แนะนำสมาชิกในครอบครัวอยู่ดูแลใกล้ชิด ใช้เวลาอยู่เคียงข้างสัมผัสเย็บด้วยหัวใจ การช่วยเหลืออื่นใด จัดทำ และดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
- (5.3) ใช้หลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจ ให้ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยจิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ปล่อยวางสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายดี สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ กล่าวคำอำลา
- (5.4) จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่งหน้าศพตามต้องการ
- (6) การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief Care) ปฏิบัติดังนี้
- (6.1) ปรึกษาหารือกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องที่จะต้องทำต่อไปในอนาคต ช่วยให้ผู้ป่วยสบายมีความสุข และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีดังนี้
- (6.1.1) รายงานให้แพทย์รับทราบ และช่วยประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยให้ได้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย
- (6.1.2) เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติตามพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
- (6.1.3) เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์กล่าวคำไว้อาลัย เพื่อทำพิธีขอมมาศพ

(6.1.4) เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว

(6.1.5) ถ้าญาติต้องการนำศพของผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ให้ช่วยติดต่อประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ญาติ

(6.1.6) ดูแลความเศร้าโศกของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่างๆ ของครอบครัวเมื่อเผชิญกับการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้ และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น

(6.1.7) มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัว หลังจากเสร็จสิ้นงานศพ

(6.2) ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected Patient Outcome)

(6.2.1) ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ

(6.2.2) ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

(6.2.3) ผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาลหรือบ้าน ตามความปรารถนาของผู้ป่วย

ผู้ป่วย

(6.2.4) ญาติพึงพอใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

(7) การส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพหรือที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่

ต่อเนื่อง

(7.1) การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family Education)

(7.1.1) ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร

(7.1.2) เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค

(7.1.3) การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่อง ดังนี้

- การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ

- การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา

- การบันทึกเรื่องยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานและติดตามผลการใช้

ยา อาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

- วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล Ostomy

- วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

- ทบทวนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแล  
ความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย

- การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย
- การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคาสายยางให้อาหาร
- เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น

- การทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วย

ได้อย่างเหมาะสม

### 3.6) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

### 3.7) วางแผนจำหน่ายส่งต่อและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

**หมายเหตุ:** ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับรู้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย

สรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวนั้นมีมากมายหลากหลายแต่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย และช่วยครอบครัวให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข หลังการสูญเสีย และควรมีมาตรฐานต่างๆ ดังกล่าวไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน รวมถึงแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการ การจัดการความเจ็บปวด มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวลความกลัวต่างๆ และมีเจตคติที่จะดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2553) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ยกกระดับความสามารถ สร้างทัศนคติที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่เพื่อการจากไปอย่างสงบ

## 2.3 แนวคิดการพยาบาลเจ้าของใจ

### 2.3.1 ความหมายของพยาบาลเจ้าของใจ

Marram, et al., (1979) ให้ความหมายของการพยาบาลเจ้าของใจว่า เป็นการมอบหมายให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ส่วนเวลาอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ พยาบาลผู้ช่วยจะให้การพยาบาลแทนตาม

แผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือในการปฏิบัติงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพคนอื่นๆ

Yoder – Wise (2003) ให้ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ช่วยจะเป็นผู้ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติการพยาบาลแทนตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลผู้ช่วยจะช่วยปรับแผนการพยาบาลโดยรายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทราบเพื่อปรับแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม

Manthey, et al., (2005) ให้ความหมายของระบบเจ้าของไข้ว่า เป็นการมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาอื่นๆ นั้นผู้ช่วยดูแล ซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำการพยาบาลเทคนิคหรือนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลแทนพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ “My Patient – My Nurse”

Watts & O’Leary (1980) ได้ให้ความหมายของพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นการมอบหมายงานอย่างเป็นระบบ ให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย

สรุปได้ว่าการพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

### 2.3.2 แนวคิดของการพยาบาลเจ้าของไข้

1) แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตั้งแต่ปีค.ศ. 1970 โดย Manthey & Kramer (1970) และมีการพัฒนามาตลอดจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลงานวิจัยและการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นระบบหนึ่งที่สามารถแก้ไขประเด็นปัญหาต่างๆ ของการปฏิบัติการพยาบาลและผลกระทบต่อความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยได้ (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และสุภาณี เสนาคิษฐ์, 2554) โดย Watts & O’Leary (1980) ได้เสนอแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ ดังนี้

การพยาบาลเจ้าของไข้ จะมีลักษณะในการปฏิบัติงาน “5A’s 5C’s” ได้แก่

(1) คุณลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าไข้แบบ 5A’s มีดังต่อไปนี้

(1.1) Accountability จะต้องรับผิดชอบงานในหน้าที่ตัดสินใจการดูแลภายใต้ขอบเขตการพยาบาล กล่าวคือ ตัดสินใจวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ สามารถรายงานต่อเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาได้

(1.2) Advocacy วางแผนการดูแล การพิทักษ์รักษาสิทธิ์ต่างๆ ให้ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว

(1.3) Authority มีอำนาจเต็มที่ในการสั่งการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อให้มีการพยาบาลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

(1.4) Assertiveness แสดงบทบาทความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสมถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง การวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามกิจกรรม การติดตามผล การรักษาสิทธิ์ให้ผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานกับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

(1.5) Autonomy มีเอกสิทธิ์อย่างอิสระในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและประสานกับบุคคลในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ เป็นต้น

คุณลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าไข้แบบ 5A's ดังกล่าวมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง โดยเน้นถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนความผาสุกของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล โดยพยาบาลเจ้าไข้อาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสุขภาพ ที่มีคุณลักษณะในการปฏิบัติงานร่วมกันแบบ 5C's

(2) คุณลักษณะในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพแบบ 5C's ได้แก่

(2.1) Collaboration มีความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพ กล่าวคือ พยาบาลเจ้าไข้เป็นผู้วางแผนในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ติดต่อสื่อสารหรือประสานงานด้วยตนเองโดยตรง จึงทำให้เพิ่มการยอมรับในบทบาทพยาบาลวิชาชีพจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างดีระหว่างทีมสุขภาพ

(2.2) Communication มีการติดต่อสื่อสารที่ดีการสื่อสารจากพยาบาลเจ้าไข้ไปยังบุคลากรอื่นเป็นแบบสื่อสารโดยตรง (Direct Communication) ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่ได้รับมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(2.3) Commitment มีความเข้าใจตรงกันถึงปัญหาผู้ป่วยมีความผูกพันในงานพยาบาลเจ้าไข้จะเป็นผู้วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่ตนเองเขียนไว้ทุกครั้ง และติดตามปัญหาของผู้ป่วยด้วยตนเอง หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลด้วยตนเองอยู่เสมอ

(2.4) Continuity มีความต่อเนื่องในการดูแล โดยพยาบาลเจ้าไข้จะเป็นผู้การวางแผนในการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมายคนเดียวตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

(2.5) Coordination มีการประสานงานที่ดี โดยพยาบาลเจ้าไข้จะมีการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลประโยชน์มากที่สุด มีระบบส่งต่อเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

2) หลักการสำคัญของพยาบาลเจ้าไข้ (Manthey, et al., 2005) มีดังนี้

2.1) พยาบาลเจ้าไข้เป็นผู้ตัดสินใจในการให้การดูแลรับบริการจำนวนหนึ่งตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย

2.2) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาล พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้แล้ว

2.3) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยแผนการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล

3) บทบาทของบุคลากรพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยได้รวบรวมบทบาทของบุคลากรพยาบาลที่สำคัญในการดำเนินงานของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Swansburg, 1990) ได้ดังนี้

3.1) บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Nurse) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และดำเนินงานให้การปฏิบัติงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้บรรลุผลสำเร็จ จึงต้องมีความสามารถในการเป็นผู้นำ มีความสามารถในการจูงใจ เห็นความสำคัญและให้ความสนใจต่อการพัฒนาบุคลากร และต้องเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องของการพยาบาลเจ้าของไข้และเรื่องกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาในเรื่องของการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งจะสรุปบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ดังนี้

3.1.1) มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ทุกราย

3.1.2) มอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรร่วมรับและส่งเวรเพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

3.1.3) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลการพยาบาลและสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3.1.4) ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาล

3.1.5) ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประเมินผลการพยาบาล แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง

3.1.6) ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

3.1.7) รวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ประกอบการประเมินผลและแนวทางการแก้ไขปัญหา

3.1.8) สำรวจความต้องการหรือความสนใจในการเรียนรู้และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมสมรรถภาพในการปฏิบัติงาน

3.1.9) จัดให้มีการอบรมประชุมสัมมนาร่วมกันภายในหน่วยงานประจำวันประจำสัปดาห์หรือประจำเดือน ทั้งจัดให้บุคลากรได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ

3.1.10) จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยดีและมีคุณภาพ

3.2) บทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse) มีบทบาทสำคัญมาก ด้วยเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสรีรอายุ คือ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความจำเป็นให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย บทบาทที่สำคัญของพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

3.2.1) รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจำนวน 6-10 ราย

3.2.2) แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย

3.2.3) วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายและบันทึกแผนการพยาบาลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสื่อสารเข้าใจตรงกันถึงปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

3.2.4) ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ

3.2.5) มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยตลอดจนร่วมในการปรึกษาหารือวางแผนการดูแลผู้ป่วย

3.2.6) มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยรับผิดชอบในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

3.2.7) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3.2.8) รับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลในการดูแลผู้ป่วยอื่นเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ

3.3) บทบาทพยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate Nurse) มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่อยู่ เช่น เหวหุด สามารถที่จะปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ตามความจำเป็น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้ร่วมดูแล มีดังนี้

3.3.1) แนะนำตัวให้ผู้ป่วยครอบครัวของผู้ป่วยแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อผู้ป่วย

3.3.2) ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ

3.3.3) ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลหัวหน้าตึก หากมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3.3.4) บันทึกแผนการพยาบาลตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลเช่น ใบ MAR แบบบันทึกแผนการพยาบาล

3.3.5) ร่วมกับทีมสุขภาพในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา

3.3.6) มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

สรุป จากบทบาตดังกล่าวส่งผลให้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความใกล้ชิดทั้งด้านการดูแลการพยาบาลและสัมพันธภาพ เป็นระบบที่มุ่งเน้นการดูแลมีคุณภาพสูงสุดและค่าใช้จ่ายประหยัดคุ้มค่า ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Florence Nightingale (1863; อ้างในอรพิน บุญบัน, 2557) ว่าคุณภาพการดูแลจะขึ้นอยู่กับทำให้การดูแลในขอบเขตของเวลาที่เหมาะสมใช้จ่ายอย่างประหยัดและไม่ใช้ทรัพยากรมากเกินไป ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงินเทคโนโลยีและคนอย่างเหมาะสมมีแผนปฏิบัติการร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 2.3.3 การพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยออกแบบรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการจากแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ร่วมกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรต้นแบบของสภาการพยาบาล (2558, อ้างใน ธีระชล สาดสิน, 2559) เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยผ่านกิจกรรมการฝึกปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

1) พยาบาลเจ้าของไข้รับมอบหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 ราย จากหัวหน้าแผนกหัวหน้าเวรให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ใช้ใบมอบหมายงานแบบเดิม) ตาม Flow การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Clinical Pathway & Care Process) ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

1.1) แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย

1.2) ประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้ประเมินในรูปแบบฟอร์ม Patient Admission Data Base และประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV2) ตั้งแต่แรกรับ

1.3) มอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน (ใช้ใบมอบหมายงานแบบเดิม)

1.4) พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูลวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมมิติองค์รวม ประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสื่อสารให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร และการประชุมครอบครัว (Family Meeting Conference) เพื่อการดูแลผู้ป่วยในทางเดียวกัน และบันทึกลงในแบบบันทึกการประชุมครอบครัว (Family Meeting Record) แบบฟอร์ม Focus List และ แบบฟอร์ม Nurse's Note

2) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวนได้ถูกต้อง โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

2.1) ประสานแพทย์เรื่องความปวดและอาการรบกวนตามระดับ ESAS เพื่อบรรเทาอาการปวด ความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ ทั้งประยุกต์วิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

2.2) อธิบายการเกิดความเจ็บปวดวิธีการรักษา การบำบัดบรรเทาแก่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ และให้ร่วมพิจารณาทางเลือกที่พึงประสงค์

2.3) เลือกรูปแบบการบำบัดความปวดตามผู้ป่วยประสงค์ หรือ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

2.4) ประเมินความปวดและอาการทุกข์ทรมานหลังให้การดูแลด้วยแบบประเมิน ESAS

2.5) บันทึกผลลัพธ์การจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ โดยใช้บันทึกลงในแบบฟอร์ม Focus List และแบบฟอร์ม Nurse's Note แบบเดิม

3) พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV2) เมื่อระยะการดำเนินของโรคแย่ง PPSV2 Score < 30% ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

3.1) สื่อสารให้ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว/ญาติ

3.2) ให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติมีโอกาสเลือกตามต้องการ เช่น สถานที่ที่จะเสียชีวิต

3.3) ใช้เวลาอยู่เคียงข้างผู้ป่วย สัมผัสเชียวหาด้วยหัวใจรัก ตรวจสอบอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ

3.4) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยให้ข้อมูลที่เป็จริงในทิศทางเดียวกัน

3.5) ใช้หลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ และจัดให้ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยให้จิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ ช่วยให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายตายดี

3.6) สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ และกล่าวคำอำลา

3.7) จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่งหน้าศพ ตามต้องการ

3.8) ผู้ป่วยที่ประสงค์จะกลับบ้านวางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแล ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขใกล้บ้าน

4) พยาบาลเจ้าของไข้แสดงความเคารพศพ ร่วมแสดงความเสียใจ สวดภาวนาอำลาขอมาโทษ จากผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

4.1) ประเมินการยอมรับของญาติ

4.2) สร้างบรรยากาศที่สงบ ในหน่วยงาน ให้ความเคารพ ให้เกียรติครอบครัว ระวังเรื่อง หัวเราะเสียงดัง หรือการรื้นเร็ง

4.3) แนะนำขั้นตอนต่างๆ สำหรับญาติ เช่น การเก็บศพ การขอรับศพ การจัดเตรียมเอกสาร เพื่อขอใบมรณะบัตร การเตรียมพิธีกรรมทางศาสนาพร้อมอำนวยความสะดวก

4.4) อยู่เป็นเพื่อนปลอบใจให้กำลังใจ หากญาติยังรับไม่ได้

4.5) ประเมินติดตามญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน หากพบว่าญาติ ผู้ป่วยมีภาวะ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ให้ส่งต่อจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การรักษา

5) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้ข้อมูลระดับผู้ป่วยตาม PPSv2 สื่อสารข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและทีมการพยาบาล (ใช้ใบ PPSv2 Score)

5.1) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติตามความต้องการ

5.2) สื่อสารแผนการพยาบาลกับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษรและรายงานด้วยวาจาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบฟอร์ม Focus List และแบบฟอร์ม Nurse's Note แบบเดิม

5.3) เสนอการประชุมครอบครัวเพื่อประเมินความต้องการและภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยและ ครอบครัว ตั้งเป้าหมายในการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว/ ญาติและทีมการรักษา โดยใช้แบบ บันทึกการประชุมครอบครัว (Family Meeting Record)

5.4) ร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ความเชื่อและเศรษฐกิจสังคมตามแนวทางปฏิบัติและสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษา ตามมาตรฐานวิชาชีพและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามคู่มือปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

5.5) ขอคำปรึกษาร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญหรือทีมอภิบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและ ญาติได้อย่างเหมาะสมในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน

5.6) ประเมินผลการให้การดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้แบบฟอร์ม Nurse's Note แบบเดิม

6) พยาบาลเจ้าของใช้ติดต่อสื่อสารสอบถามผู้ป่วย/ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับเอกสารแสดงเจตจำนงการดูแลในวาระสุดท้ายรวมถึงแผนการรักษาเพื่อยื้อชีวิตอื่นๆ เช่น การกู้ชีพ (CPR) การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา Inotropic Drugs ฯลฯ และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้ใบ NR, Nurse's Note แบบเดิม

6.1) ให้การพยาบาลด้วยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

6.2) ตอบสนองต่อความต้องการหากผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาต่อในโรงพยาบาลให้มีการวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อสาธารณสุขใกล้บ้าน พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

6.3) จัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และถูกต้องเหมาะสมตามความเชื่อและศาสนาของแต่ละบุคคลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

## 2.4 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติและแพทย์ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นแหล่งสนับสนุนทางมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Support) ของผู้ป่วย การที่พยาบาลมีความรู้ทางทฤษฎีและปฏิบัติทางการพยาบาลมากมาย แต่ถ้าไม่เข้าใจในมิติของจิตวิญญาณซึ่งเป็นมิติที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยก็จะเป็นการพยาบาลเพียงร่างกาย จิตใจและสังคมเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้รับการตอบสนองความต้องการในมิติจิตวิญญาณ สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ พยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรมีสมรรถนะ 9 ประการหรือ 9C ดังนี้ (Cassem HN, 1975; อ้างถึงใน สถาพร ลีลานันทกิจ, 2551)

(1) Competence : มีความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ลดความวิตกกังวลและทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษา

(2) Concern : ให้ความสนใจ ใส่ใจต่อความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว

(3) Comfort : ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบาย ไม่เกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

(4) Communication : มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย พูดในเรื่องที่เหมาะสม จริงใจ ถูกต้องกับกาลเทศะ การสื่อสารควรเป็นไปในรูปแบบของฐานะความเป็นบุคคลที่เท่าเทียมกัน ไม่ใช่ฐานะบุคลากรการแพทย์กับผู้ป่วย

(5) Children : หากอาการเจ็บป่วยไม่ใช่โรคติดต่อมากนัก การให้ลูกหลานที่อยู่ในวัยเด็กได้มีโอกาสเข้ามาเยี่ยมเยียนเพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ควรถามความสมัครใจของญาติด้วย เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ

(6) Cohesion and Integration : การจัดให้คนในครอบครัวและคนสนิทได้มีโอกาสอยู่ร่วมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอดเวลา ความอบอุ่น ความผูกพัน ความแนบแน่นในครอบครัวช่วยประคับประคองจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง

(7) Cheerfulness : ให้การปลอบใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดการผ่อนคลาย

(8) Consistency and Preserverance : ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การไปเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้

(9) Calmness of Mind and Temper (Equanimity) : จัดหาสิ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสุขทั้งด้านจิตใจและอารมณ์

สภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์การวิชาชีพของประเทศมีหน้าที่คุ้มครอง ส่งเสริม วิชาชีพและสมาชิกของวิชาชีพ ให้ปฏิบัติภายในขอบเขตจึงได้ทบทวนสมรรถนะหลักของพยาบาลระยะสุดท้ายในเดือนมิถุนายน 2558 และกำหนดสมรรถนะตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรต้นแบบ (สภาการพยาบาล, 2558; อ่างใน ชีระชล สาดสิน, 2559) ไว้ 6 สมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการ การจัดการความเจ็บปวด มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวต่างๆ มีเจตคติที่ดีในการดูแล มีการประเมินความต้องการครบถ้วนตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเลือกใช้เครื่องมือถูกต้อง เหมาะสมในการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2553) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ยกระดับความสามารถ สร้างทัศนคติที่สัมพันธ์กับภารกิจในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต

สมรรถนะที่ 2 การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่างๆ โดยเฉพาะความปวดโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วยประยุกต์ใช้วิธีการต่างๆ ทั้งการใช้ยาและวิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อบรรเทาจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมความสบาย ติดตามผลการบำบัดต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 3 การดูแลในระยะใกล้ตายพยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีเข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยให้

ยอมรับภาวะใกล้ตาย วางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่จะเกิดขึ้น ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale) เพื่อติดต่อดสื่อสารเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนได้อย่างเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลร่างกายของผู้ป่วย และการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย / ความเศร้าโศกเข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก สามารถประเมินความสูญเสีย / ความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับได้และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญกรณีครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษาพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจหลักการสื่อสารและการให้การปรึกษาจะสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤติได้ดี เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบความจริงและข่าวร้าย ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือต่างๆ หลังการบอกข่าวร้าย การประสานงานและร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุมครอบครัว

สมรรถนะที่ 6 จริยธรรมและกฎหมายพยาบาลที่เข้าใจชีวิตและความตายจะแสดงบทบาทของตนด้วยความเข้าใจในความเชื่อ ศรัทธา ศาสนาที่ผู้ป่วยและญาติยึดถือ ให้กำลังใจ ความอบอุ่น ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จนผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบ สมศักดิ์ศรีของมนุษย์ พยาบาลต้องทำความเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิตตามหนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการบริหารจัดการโดยตระหนักด้านจริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาลบนมาตรฐานทางกฎหมาย

สมรรถนะทั้ง 6 ด้าน มีความครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณและสามารถแสดงบทบาทอิสระได้อย่างชัดเจน เมื่อนำมาบูรณาการกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของใจ

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้มีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

วิไล ถวิลวิสาร (2550) ได้ทำวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ ที่มุ่งการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงาน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 40 คน จัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกก่อนการได้รับเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนการรับยาเคมีบำบัดในวันที่ 7 และ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐธภา ศิริรัตน์พิริยะ (2552) ได้ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลน่านจำนวน 14 คน และกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลหลังใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธิดารัตน์ เพชรชัย (2552) ได้ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังก่อนและหลังการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยไตเทียมทั้งหมด 6 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ โครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้กับการให้ข้อมูลสุขภาพ แผนการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังหลังการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพดีกว่าการใช้พยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียมมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับมาก

ยิ่งขวัญ อนุรักษ์รัตน์ (2553) ได้ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดก่อนและหลังการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดและหลังคลอดจำนวน 30 คน และผู้รับบริการ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุปรียา ดียิ่ง (2554) ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้านหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อน ให้การพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน

ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรัญญา กุมพล (2555) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participant Action Research, PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย 15 คน กลุ่มผู้ดูแล 15 คน และกลุ่มเครือข่ายในชุมชน 50 คน ด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนพัฒนา การปฏิบัติตามแผน การประเมินผล และการสะท้อนกลับ พบว่าเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการด้านสุขภาพองค์รวมลดลง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น และมีการตายที่ดีในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ และเครือข่ายมีความพึงพอใจในการทำงาน

อรพิน บุญบัน (2557) ได้ทำการศึกษาการวิจัยและการพัฒนา เพื่อ 1) ศึกษากระบวนการมอบหมายงานการพยาบาล 2) พัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ 3) ประเมินผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการจำนวน 50 คน เลือกแบบเจาะจง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดระบบการบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระและเอกสิทธิ์ในการให้การพยาบาลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ โดยเป็นผู้วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสุขภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล 3) ภายหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และพยาบาลมีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วาสนา สวัสดิ์ดินถนุท และคณะ (2558) ได้พัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ/หรือผู้ดูแลหลัก 35 คน และทีมผู้ให้บริการ คือ พยาบาล 145 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 24 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบการดูแล 2) โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3) กระบวนการดูแล และ 4) การติดตามและประเมินผลผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยมีความปวดลดลง อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง ความไม่สบายใจหรือกลัวลดลง ผู้ป่วย และหรือญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง

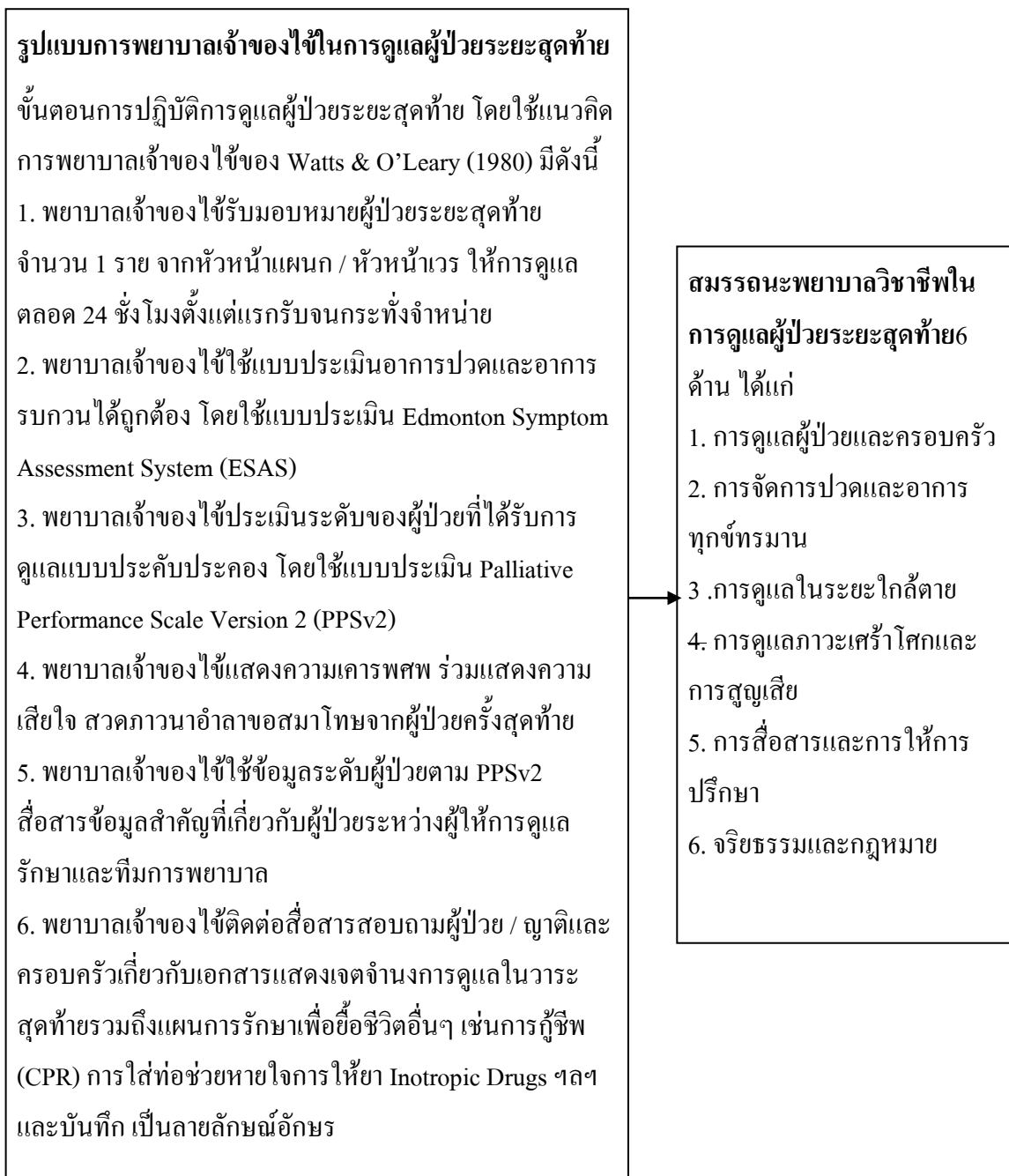
สรุปว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านผู้ให้บริการ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบที่แสดงถึงบทบาทอิสระของพยาบาลที่ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ถึงคุณค่าวิชาชีพพยาบาลอีกทั้งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและหรือญาติมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) กลุ่มเดียววัดซ้ำ ก่อน-หลัง (One Group Pretest and Posttest Design) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลอง มีรูปแบบดังนี้

$O_1 \quad X \quad O_2$

X	หมายถึง	รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
$O_1$	หมายถึง	สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
$O_2$	หมายถึง	สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

##### 3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ต่อไปนี้

- 1) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปี
- 2) รับรู้การดำเนินการวิจัยและลงนามเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
- 3) สามารถเข้าร่วมฝึกปฏิบัติพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้ครบถ้วน

4) เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน (Pilot & Hungler, 1999) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ของงานวิจัยครั้งนี้

### 3.2 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบและอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.039/2560 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลงานวิจัยไปใช้ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบถึงการได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อแต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้รับจะถูกปกปิดเป็นความลับและใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และผลการวิจัยไม่มีผลต่อส่วนได้ส่วนเสียในการเสนอพิจารณาผลงานความดีความชอบ พยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจเข้าร่วมการทำวิจัยลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยด้วยตนเอง และหากไม่ประสงค์ร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากการทำวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

### 3.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นคู่มือการฝึกปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ วิธีการใช้คู่มือ และรายละเอียดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

#### 1.1) ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดำเนินการวิจัยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

(1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลระยะสุดท้ายและรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

(2) กำหนดเป็นขั้นตอนในการฝึกปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยการวิเคราะห์และบูรณาการสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสภาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหลักสูตรต้นแบบ 6 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างอิงในธีระชล สาดสิน, 2559) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ได้แก่ “5A's 5C's” มากำหนดเป็นขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังแสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการบูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบระดับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อังใน ธีระชล ชาติสิน, 2559 )	ขั้นตอนการปฏิบัติ
<p>บทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยตาม 5A's 5C's</p> <p>1. Accountability, Continuityรับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ ถึงจำหน่าย</p>	<p>สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 ด้าน</p> <p><b>สมรรถนะที่ 1</b> การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม</li> <li>- เลือกใช้เครื่องมือประเมินความต้องการอย่างเหมาะสม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าของไข้รับมอบหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 รายจากหัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวร ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ใช้ใบมอบหมายงานแบบเดิม)</li> <li>- แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนแพทย์ และเพื่อนร่วมงานทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย</li> <li>- ประเมินความต้องการองค์รวมทั้งตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออก (ใช้ใบ Patient Admission Data, PPSv2 Score)</li> <li>- มอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน (ใช้ใบมอบหมายงานแบบ เดิม)</li> <li>- พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูล วาง แผน และปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมมิติองค์ รวม ประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสื่อสารให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษรและเสนอประชุมครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยในทางเดียวกัน (ใช้ใบ Family Meeting, Focus List, Nurse's Note)</li> </ul>


<p>แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts &amp; O'Leary (1980)</p>	<p>แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ธีระพล ชาติสิน, 2559)</p>	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติ</p>
<p>2. Autonomy, Coordination, Commitment พยาบาลเจ้าของไข้เข้าใจตรงกันถึงปัญหา ผู้ป่วยมีเอกสิทธิ์อย่างอิสระในการวางแผน การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและประสานงาน กับแพทย์เพื่อให้การดูแล อย่างเหมาะสมให้ การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่ตนเองเขียนไว้ ทุกครั้ง และติดตามปัญหาของผู้ป่วยด้วย ตนเอง หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่ เสมอ</p>	<p><b>สมรรถนะที่ 2</b> การจัดการความปวดและอาการทุกข์ ทรมาน - มีความรู้เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและอาการ รบกวน-เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและอาการ รบกวนอย่างเหมาะสม - ประสานแพทย์และทีมผู้ดูแลเพื่อตอบสนองบรรเทา ความปวดและอาการรบกวน - ประยุกต์วิธีการต่างๆการใช้ยาและวิธีการบำบัดแบบ ผสมผสานเพื่อบรรเทาจัดการอาการปวดความทุกข์ ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆรวมทั้งส่งเสริมความสุข สบายติดตามผลการบำบัดต่างๆอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</p>	<p>- พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวนได้ ถูกต้อง (ใช้ ESAS: Edmonton Symptom Assessment System) - ประสานแพทย์เรื่องความปวดและอาการรบกวนตามระดับ ESAS เพื่อ บรรเทาอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ ทั้ง ประยุกต์วิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น - อธิบายการเกิดความเจ็บปวดวิธีการรักษา การบำบัดบรรเทาแก่ผู้ป่วย หรือญาติเข้าใจและให้ร่วมพิจารณาทางเลือกที่พึงประสงค์ - เลือกวิธีบำบัดความปวดตามผู้ป่วยประสงค์ หรือ การรักษาด้วยยา ตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด - ประเมินความปวดและอาการทุกข์ทรมานหลังให้การดูแลด้วยแบบ ประเมิน ESAS - บันทึกผลลัพธ์การจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการ รบกวนอื่นๆ (ใช้ใบ Focus List, Nurse's Note แบบเดิม)</p>

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อังใน ธีระชล ชาติสิน, 2559 )	ขั้นตอนการปฏิบัติ
<p>3. Autonomy, Communication</p> <p>พยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระในการดูแลให้การพยาบาลและสื่อสารให้ข้อมูลกับ ผู้เกี่ยวข้องเพื่อการตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว</p>	<p><b>สมรรถนะที่ 3</b> การดูแลในระยะ ใกล้ตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการตายมีทัศนคติที่ ดีต่อความตายในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย</li> <li>- ประเมินและตอบสนองความต้องการการดูแลใน ระยะใกล้ตาย</li> <li>- เตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิตสอน ผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจอาการและอาการแสดงใน ระยะใกล้ตายช่วยให้เผชิญกับกระบวนการตายตามความ เชื่อศาสนาสังคมและวัฒนธรรม</li> <li>- ดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ</li> <li>- จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม</li> <li>- สนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ ต้องการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนาของผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินอาการผู้ป่วยด้วย PPSv2 Score ระยะนี้ การดำเนินของโรคแย่งลง PPSv2 Score &lt; 30%</li> <li>- สื่อสารให้ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อ การตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว /ญาติ</li> <li>- ให้ผู้ป่วยและครอบครัว /ญาติมีโอกาส เลือกตามต้องการ เช่น สถานที่ จะเสียชีวิต</li> <li>- ใช้เวลาอยู่เคียงข้างผู้ป่วยสัมผัสเยียวด้วยหัวใจรัก ตรวจสอบอย่าง ใกล้ชิดเป็นระยะๆ</li> <li>- ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยให้ข้อมูลที่เป็นจริงใน ทิศทางเดียวกัน</li> <li>- ใช้หลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือและจัดให้ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมใน การช่วยให้จิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ และช่วยให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายตายดี</li> </ul>

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อังใน ธีระชล สาทสิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ และกล่าวคำอำลา</li> <li>- จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่ง หน้าศพตามต้องการ</li> <li>- ผู้ป่วยที่ประสงค์จะกลับบ้าน วางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแลประสาน งานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสาธารณสุขใกล้บ้าน</li> </ul>
<p>4. Assertiveness, Coordination, Collaboration</p> <p>พยาบาลเจ้าของไข้แสดงบทบาทความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสม ให้กำลังใจครอบครัว/ ญาติ และประสานขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ ทั้งแนะนำขั้นตอนต่างๆ ในการจัดการศพ</p>	<p><b>สมรรถนะที่ 4</b> การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศก (Grief) และการสูญเสีย (Loss) และระบุนการดูแลได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- ประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย</li> <li>- ช่วยให้ครอบครัว/ ญาติปรับตัวกับความสูญเสียและความเศร้าโศกและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าของไข้แสดงความเคารพศพ ร่วมแสดงความเสียใจ สวดภาวนาอำลา ขอขมาโทษจากผู้ป่วยครั้งสุดท้าย</li> <li>- ประเมินการยอมรับของญาติ</li> <li>- สร้างบรรยากาศที่สงบ ในหน่วยงาน ให้ความเคารพ ให้เกียรติครอบครัวระวังเรื่องหัวเราะเสียงดัง หรือการรื่นเริง</li> <li>- แนะนำขั้นตอนต่างๆ สำหรับญาติ เช่น การเก็บศพ การขอรับศพ การจัดเตรียมเอกสารเพื่อขอใบมรณะบัตรการเตรียมพิธีกรรมทางศาสนาพร้อมอำนวยความสะดวก</li> <li>- อยู่เป็นเพื่อนปลอบใจให้กำลังใจหากญาติยังรับไม่ได้</li> </ul>

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อังใน ธีระชล สาทสิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
		- ประเมินติดตามญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน หากพบว่าญาติผู้ป่วยมีภาวะ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ให้ส่งต่อจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การรักษา
5. Authority, Communication พยาบาลเจ้าของไข้มีอำนาจเต็มที่ในการสื่อสาร และการให้การปรึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในความรับผิดชอบของตนเองเพื่อให้มีการพยาบาลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	<b>สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา</b> - มีทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ - ใช้เทคนิคการสื่อสารทั้งคำพูดไม่ใช่คำพูดและการสื่อสารเพื่อการรักษา (Therapeutic Communication Skills) - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวโดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็นการฟังอย่างมีส่วนร่วมการให้กำลังใจเป็นต้น - สื่อสารตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการประชุมครอบครัวการบอกข่าวร้ายและการทำ Advance Care Plan	- พยาบาลเจ้าของไข้ใช้ข้อมูลระดับผู้ป่วยตาม PPSv2 สื่อสารข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและทีมการพยาบาล (ใช้ใบ PPSv2 Score) - ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติตามความต้องการ - สื่อสารแผนการพยาบาลกับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรและรายงานด้วยวาจาอย่างต่อเนื่อง (ใช้ใบ Focus List, Nurse's Note แบบเดิม) - เสนอการประชุมครอบครัวเพื่อประเมินความต้องการและภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายในการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว/ ญาติและทีมการรักษา (ใช้ใบ Family Meeting)

<p>แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts &amp; O'Leary (1980)</p>	<p>แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ธีระชล สาทสิน, 2559 )</p>	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติ</p>
	<p>- ประสานการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ</p>	<p>- ร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายครอบคลุมทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ความเชื่อและเศรษฐกิจสังคมตาม แนวทางปฏิบัติและสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐาน วิชาชีพและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตาม คู่มือ (คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง) - ขอคำปรึกษา ร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญหรือทีมอภิบาลเพื่อวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสมในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน - ประเมินผลการให้การดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (ใช้ใบ Nurse's Note แบบเดิม)</p>
<p>6. Advocacy, Assertiveness, Communication, พยาบาลเจ้าของไข้ติดต่อสื่อสาร กับผู้ป่วย/ ญาติครอบครัวประเด็นจริยธรรมและ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย และทีมสหสาขา ทั้งแสดงบทบาท</p>	<p><b>สมรรถนะที่ 6</b> จริยธรรมและกฎหมาย - มีความรู้ความสามารถ วิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับ ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ การยืดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลในวาระ สุดท้ายของชีวิต</p>	<p>- พยาบาลเจ้าของ ไข้ติดต่อสื่อสาร สอบถามผู้ป่วย / ญาติและครอบครัว เกี่ยวกับเอกสารแสดงเจตจำนงการดูแลในวาระสุดท้ายรวมถึงแผน การรักษาเพื่อชีวิตอื่น ๆ เช่น การกู้ชีพ (CPR) การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา Inotropic Drugs ฯลฯ และบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษร (ใช้ใบ NR, Nurse's Note แบบเดิม)</p>

<p>แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts &amp; O'Leary (1980)</p>	<p>แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ธีระชล สาทสิน, 2559 )</p>	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติ</p>
<p>ความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสมใน การพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่บนพื้นฐานความถูกต้องตามมาตรฐาน วิชาชีพ ภายใต้กฎหมายกำหนด</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การพยาบาลด้วยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว</li> <li>- ตอบสนองต่อความต้องการหากผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาต่อในโรงพยาบาลให้มีการวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อสาธารณสุขใกล้บ้าน พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย</li> <li>- จัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และถูกต้องเหมาะสมตามความเชื่อและศาสนาของแต่ละบุคคลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม</li> </ul>

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใจ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีลำดับขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

2.1) วิเคราะห์กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ชีระชล สาดสิน, 2559) ร่วมกับการสังเคราะห์บทบาทพยาบาลเจ้าของใจตามแนวคิดของ Watts & O'Leary (1980) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอายุระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงานระยะเวลาการปฏิบัติงานข้อมูลการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแหล่งที่ได้รับความรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใจโดยใช้แนวคิดของสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล (2558; อ้างใน ชีระชล สาดสิน, 2559)) เป็นสมรรถนะหลักและแนวคิดพยาบาลเจ้าของใจของ Watts & O'Leary (1980) โดยสร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 9 ข้อ ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน 6 ข้อ ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 7 ข้อ ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย 6 ข้อ ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 6 ข้อ ด้านการจริยธรรมและกฎหมาย 6 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับน้อย
น้อยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับน้อยมากที่สุด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับมากที่สุด	ให้คะแนน	5
ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับมาก	ให้คะแนน	4
ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับปานกลาง	ให้คะแนน	3
ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับน้อย	ให้คะแนน	2
ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับน้อยมากที่สุด	ให้คะแนน	1

### เกณฑ์การแปลผล

นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยรวมและรายด้าน แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	หมายถึง	มีสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	หมายถึง	มีสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายถึง	มีสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง	มีสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง	มีสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำที่สุด

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือดำเนินการวิจัย

1) ความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของเครื่องมือดำเนินการวิจัยว่ามีความเหมาะสมในสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่ เพียงใด โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหอผู้ป่วยระยะสุดท้าย (APN) 3) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์พยาบาลเจ้าของไข้ นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับคะแนนการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับคะแนน +1	หมายถึง	ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
ระดับคะแนน 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
ระดับคะแนน -1	หมายถึง	ข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

นำผลคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาวิเคราะห์หาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 ให้คัดเลือกไว้ใช้ ผลการวิเคราะห์ได้ค่าแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาล

เจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่ากับ 0.92

ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน และนำเสนอเพื่อขอความเห็นชอบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ

2) การหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ของแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้วิจัยนำเนื้อหาความรู้และแบบประเมินโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ 1)อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 3)พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหอผู้ป่วยระยะสุดท้าย (APN)

### 3.4.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบประเมินไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.963 และรายด้าน ดังนี้

ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.888
ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน	ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.901
ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย	ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.787
ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย	ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.854
ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา	ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.919
ด้านการจริยธรรมและกฎหมาย	ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.835

## 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วยขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 3.5.1 ขั้นเตรียมการทดลอง มีดังนี้

1) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่จัดทำโครงการฝึกอบรม และคู่มือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการวิจัยและคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2) เตรียมสถานที่พยาบาลวิชาชีพสำหรับการทดลอง ดังนี้

2.1) ทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์แล้ว จึงเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีดำเนินการวิจัย

2.2) หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในและแผนกสรีรอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3) ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในระหว่างวันที่ 1 – 14 กันยายน 2560 เพื่อทำความรู้จักพร้อมทั้งให้ข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยให้ลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2.4) เชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากรจำนวน 6 คน ผู้เข้าอบรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสรีรอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 30 คน

### 3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

1) ดำเนินโครงการฝึกอบรมในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2560 เวลา 07.30 – 16.00 น. โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ พร้อมกับชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนและหลังการทดลอง วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอผลเป็นภาพรวมไม่แยกรายบุคคล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ และเพื่อป้องกันการเกิดอคติในการตอบแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้อีกครั้ง

2) ทำการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนเข้ารับการอบรม โดยการทำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

3) ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ให้ความรู้ตามที่อยู่ในตารางคู่มือสำหรับวิทยากร

4) หลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ พยาบาลวิชาชีพเริ่มนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ไปทดลองใช้พร้อมได้รับคู่มือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติโดยในแต่ละวัน ผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยและ

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าของพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในวันต่อไป ทั้งนี้ในสัปดาห์แรก ที่เริ่มทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยยังเป็นระยะปรับตัวของพยาบาล การดำเนินการวิจัยจึงมีปัญหา แต่ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือร่วมใจความตั้งใจและความมุ่งมั่นของพยาบาล วิชาชีพทุกคนทำให้สามารถหาข้อตกลงร่วมกันเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการวิจัยต่อไปให้บรรลุตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

#### 5) ขั้นตอนการทดลองดังนี้

5.1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ พยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการศึกษาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ พยาบาลเจ้าของไข้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5.2) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ ให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลเจ้าของไข้ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้น โดย มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องคนละ 1 ราย

5.3) พยาบาลเจ้าของไข้ ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดย การมอบหมายงานของแผนกจะพิจารณาตามความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญของ พยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ให้ดูแลเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ดูแลตามแบบ พยาบาลเจ้าของไข้โดยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินระยะและปัญหาของผู้ป่วย วางแผนให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง ติดตามประเมินผลและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานการดูแลร่วมกับ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และทำหน้าที่ เป็นพยาบาลผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมายในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้มิได้ขึ้นปฏิบัติงาน โดย ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้ มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลและการเยี่ยมตรวจ ทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

5.4) พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดย การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ตามแนวทางของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ พยาบาลเจ้าของไข้ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้กำกับการทดลอง โดยเข้าเยี่ยมการปฏิบัติงานทุกวัน ดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้

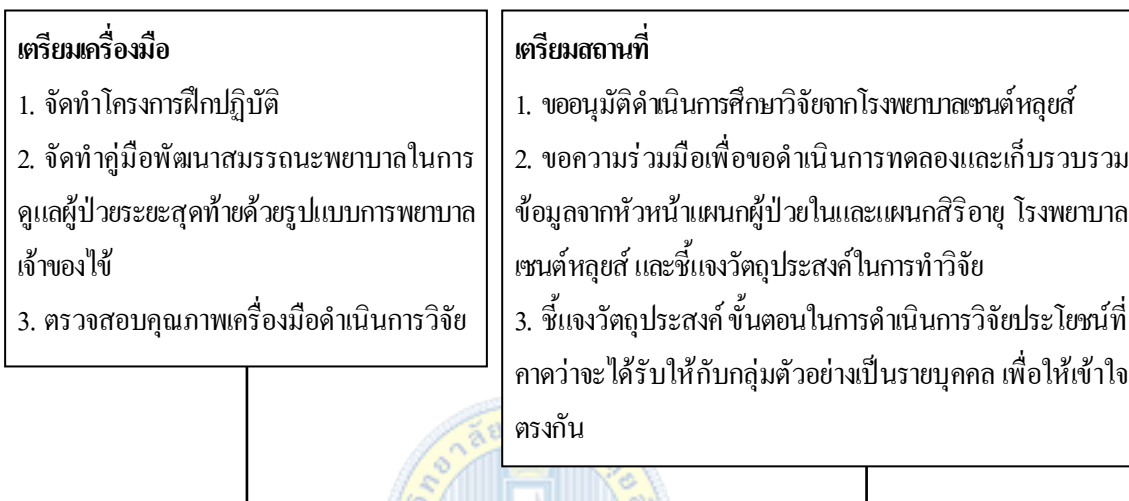
#### 3.5.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

ผู้วิจัยติดตามและใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

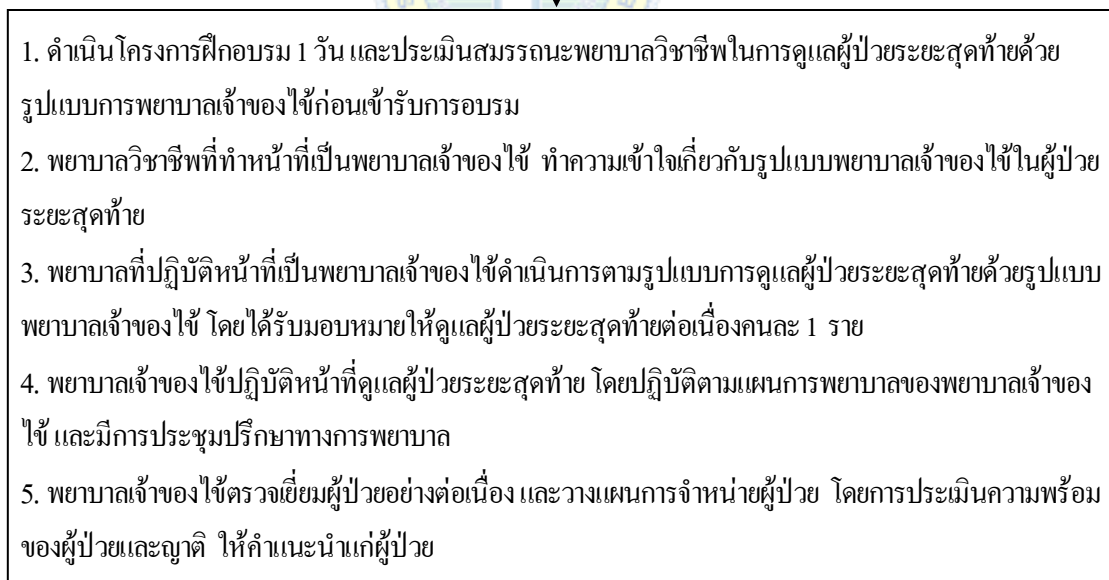
รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้หลังการฝึกปฏิบัติด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

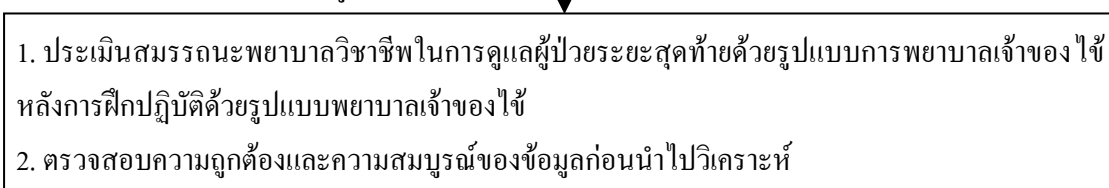
#### 1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง



#### 2) ขั้นตอนดำเนินการทดลอง



#### 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์สถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีการกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ โดยทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟสมอนอฟถ้าพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงทดสอบข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

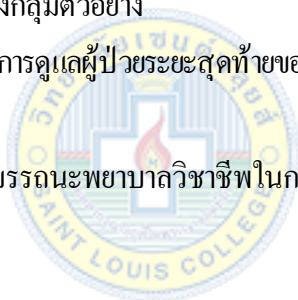
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มเดียววัดซ้ำก่อน-หลัง (One Group Repeated Measure Designs) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสรีรอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน-หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์การยอมรับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ (X = 28.77, S.D. 2.967)</b>		
20 - 29 ปี	19	63.3
30 - 39 ปี	11	36.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	30	100
<b>ตำแหน่งการปฏิบัติงาน</b>		
พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน	30	100
<b>ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (X = 5.84; S.D 3.202)</b>		
<1 ปี	0	0
1-5 ปี	18	60
6-10 ปี	10	33.3
>10 ปี	2	6.7
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>		
3 ปี	20	66.7
4 ปี	9	30
5 ปี	1	3.3
<b>ประสบการณ์การยอมรับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>		
ไม่เคยได้รับการอบรม	2	6.7
เคยได้รับการอบรม	28	93.3

## ส่วนที่ 2 ศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 4 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกตามรายด้านหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย	4.40	0.44	สูง
ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย	4.34	0.48	สูง
ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา	4.18	0.59	สูง
ด้านการจริยธรรมและกฎหมาย	4.14	0.62	สูง
ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	3.94	0.44	สูง
ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน	3.93	0.55	สูง
โดยรวม	4.15	0.44	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.44) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย เท่ากับ 4.40 (S.D. = 0.44) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานเท่ากับ 3.93 (S.D. = 0.55)

ตารางที่ 5 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
บันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ	4.13	0.73	สูง
จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	4.03	0.41	สูง
มอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลดูแลผู้ป่วยแทนท่านเมื่อท่านไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน	3.97	0.67	สูง
รวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทางมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุม	3.93	0.64	สูง
กำหนดกิจกรรมในแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลและแก้ไขปัญหามองผู้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมองค์รวม	3.93	0.58	สูง
ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชม. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี	3.93	0.64	สูง
ปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการและระดับ PPS V2 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	3.93	0.58	สูง
มีอิสระในการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ได้ข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุม	3.90	0.61	สูง
มีอิสระในการวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	3.70	0.65	สูง

จากตารางที่ 5 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอเท่ากับ 4.13 (S.D.=0.73) และที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีอิสระในการวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 (S.D. = 0.65)

ตารางที่ 6 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ติดตามประเมินผลอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยเป็นระยะ	4.33	0.61	สูง
ใช้แบบประเมิน ESAS score อาการปวดและรบกวน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	3.93	0.69	สูง
รวบรวมข้อมูลจากหลายๆแหล่งมาวิเคราะห์เพื่อระบุอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	3.87	0.73	สูง
เลือกความรู้จากศาสตร์และศิลป์ รวมทั้งนำเทคโนโลยีต่างๆ มาบูรณาการเพื่อจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆได้	3.87	0.73	สูง
ร่วมกับทีมสหสาขาจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	3.87	0.82	สูง
วิเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จัดการความปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้	3.73	0.83	สูง

จากตารางที่ 6 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยค่าเฉลี่ยสูงสุดคือติดตามประเมินผลอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยเป็นระยะเท่ากับ 4.33 (S.D. = 0.61) และที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือวิเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จัดการความปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 (S.D. = 0.83)

ตารางที่ 7 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 3 ด้านการดูแลในระยะใกล้ตายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ปฏิบัติด้วยความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสุภาพอ่อนโยนและเคารพในความเป็นบุคคล	4.70	0.47	สูงมาก
จัดบรรยากาศห้องผู้ป่วยให้สะอาด สงบ แสงสว่างเหมาะสม ทั้งอำนวยความสะดวกต่างๆแก่ครอบครัวผู้ป่วย	4.60	0.56	สูงมาก
มีอิสระและมั่นใจในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ยอมรับเมื่อเข้าสู่การตายของผู้ป่วย	4.43	0.50	สูง
อยู่กับครอบครัวและญาติผู้ป่วยเป็นระยะ อธิบายให้เข้าใจอาการระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อลดความกังวล	4.43	0.63	สูง
บันทึกปฏิบัติการดูแลในระยะใกล้ตายลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสม่ำเสมอ	4.37	0.62	สูง
ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการจัดเตรียมความพร้อมรับมือเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต	4.30	0.65	สูง
ค้นหาปัญหาและช่วยผู้ป่วยในการจัดการสิ่งค้างคาและชำระล้างจิตใจให้สะอาดเพื่อการจากไปอย่างสงบ	3.93	0.74	สูง

จากตารางที่ 7 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการดูแลในระยะใกล้ตายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง – สูงมาก โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ปฏิบัติด้วยความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสุภาพอ่อนโยนและเคารพในความเป็นบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 (S.D. = 0.47) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ค้นหาปัญหาและช่วยผู้ป่วยในการจัดการสิ่งค้างคาและชำระล้างจิตใจให้สะอาดเพื่อการจากไปอย่างสงบ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.93 (S.D. = 0.74)

**ตารางที่ 8** แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 4 ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
แสดงความเคารพพออย่างให้เกียรติ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.73	0.45	สูงมาก
อำนวยความสะดวกด้านต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและยืดหยุ่น ระเบียบต่างๆ ให้เหมาะสม	4.50	0.57	สูงมาก
ปลอดภัยและให้กำลังใจญาติ / ครอบครัวหลังการสูญเสียได้	4.33	0.71	สูง
มั่นใจในการดูแลภาวะเศร้าโศก ทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูญเสียแก่ ญาติ / ครอบครัวได้	4.23	0.82	สูง
ตอบสนองความต้องการของครอบครัวหลังการสูญเสียตามที่ ต้องการอย่างเหมาะสม	4.13	0.63	สูง
บันทึกการดูแลในภาวะเศร้าโศกและสูญเสียลงในแบบบันทึกทางการ พยาบาลสม่ำเสมอ	4.10	0.71	สูง

จากตารางที่ 8 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง-สูงมาก โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ แสดงความเคารพพออย่างให้เกียรติ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 (S.D. = 0.45) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อบันทึกการดูแลในภาวะเศร้าโศกและสูญเสียลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D. = 0.71)

**ตารางที่ 9** แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 5 ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษาหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
สร้างความคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไว้วางใจ	4.47	0.57	สูง
บันทึกการสื่อสารและการให้การปรึกษาลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ	4.27	0.69	สูง
สื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับทีมรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	4.17	0.70	สูง
มั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	4.17	0.75	สูง
เป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งมั่นใจในบทบาทผู้ประสานการประชุมปรึกษา	4.00	0.74	สูง
สรุปข้อคิดเห็นจากประชุมครอบครัวกับทีมสหสาขาเพื่อให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	4.00	0.74	สูง

จากตารางที่ 9 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษาหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สร้างความคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไว้วางใจเท่ากับ 4.47 (S.D. = 0.57) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งมั่นใจในบทบาทผู้ประสานการประชุมปรึกษา และสรุปข้อคิดเห็นจากประชุมครอบครัวกับทีมสหสาขาเพื่อให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 (S.D. = 0.74, 0.74 ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 แสดงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะที่ 6 ด้านจริยธรรม และกฎหมายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
แสดงบทบาทของตนด้วยความเข้าใจในความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาที่ผู้ป่วยและญาติยึดถือ ทั้งสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสม	4.23	0.77	สูง
เคารพสิทธิของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการตายของตนเอง	4.23	0.73	สูง
อธิบายเกี่ยวกับการยืดชีวิตและงดทำการกู้ชีวิตได้	4.20	0.76	สูง
คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	4.13	0.73	สูง
บันทึกแผนการพยาบาลเพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาครอบคลุมประเด็นกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.03	0.72	สูง
มีความรู้ความเข้าใจและสามารถอธิบายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาการตายได้	4.00	0.70	สูง

จากตารางที่ 10 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจริยธรรมและกฎหมายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เคารพสิทธิของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการตายของตนเอง และแสดงบทบาทของตนด้วยความเข้าใจในความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาที่ผู้ป่วยและญาติยึดถือทั้งสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.73, 0.77 ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีความรู้ความเข้าใจและสามารถอธิบายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาการตายได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.70)

### ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=30)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ก่อนการใช้รูปแบบ พยาบาลเจ้าของไข้		หลังการใช้รูปแบบ พยาบาลเจ้าของไข้		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
คะแนนรวม	3.42	.674	4.15	.44	5.22***
รายด้าน					
1. ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	3.27	.57	3.94	.44	4.92***
2. ด้านการจัดการความปวดและอาการ ทุกข์ทรมาน	3.19	.58	3.93	.55	6.00***
3. ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย	3.58	.83	4.40	.44	4.86***
4. ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการ สูญเสีย	3.67	.75	4.34	.48	4.31***
5. ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา	3.41	.76	4.18	.59	4.65***
6. ด้านการจริยธรรมและกฎหมาย	3.41	.85	4.14	.63	4.14***

\*\*\*p < 0.05

จากตารางที่ 11 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายด้านพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มเดียววัดซ้ำก่อน-หลัง (One Group Pretest and Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ ศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน-หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุรพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปี จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เข้าร่วมฝึกปฏิบัติพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ได้ครบถ้วน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

#### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นคู่มือใช้ฝึกปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของคู่มือวิธีการใช้คู่มือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้นำไปให้กลุ่มตัวอย่างใช้

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยนำกำหนดสมรรถนะของสภาการพยาบาลเป็นหลักและแนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.963 นำแบบประเมินไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.039/2560 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test)

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 5.1.1 ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ

ผลการประเมินระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของใจ (ตารางที่ 4) เสนอตามลำดับ ดังนี้

1) สมรรถนะโดยรวมทุกด้านหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.44)

2) สมรรถนะจำแนกรายด้านหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจพบว่าทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย ( $\bar{X} = 4.40$ , S.D. = 0.44) ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย ( $\bar{X} = 4.34$ , S.D. = 0.48) ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา ( $\bar{X} = 4.18$ , S.D. = 0.59) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ( $\bar{X} = 4.14$ , S.D. = 0.62) ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ( $\bar{X} = 3.94$ , S.D. = 0.44) ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 0.55)

3) สมรรถนะรายข้อในแต่ละด้านหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใจพบว่า

3.1) ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.13$ , S.D. = 0.73) คือ ข้อ 9 บันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 3.70$ , S.D. = 0.65) คือ ข้อ 1 มีอิสระในการวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

3.2) ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.33$ , S.D. = 0.61) คือ ข้อ 6 ติดตามประเมินผลอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยเป็นระยะ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 3.73$ , S.D. = 0.83) คือ ข้อ 5 วิเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จัดการความปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้

3.3) ด้านการดูแลในระยะใกล้ตายอยู่ในระดับสูง-สูงมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.70$ , S.D. = 0.47) ได้แก่ ข้อ 4 ปฏิบัติด้วยความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสุภาพอ่อนโยนและเคารพในความ

เป็นบุคคลข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 0.74) คือ ข้อ 1 ค้นหาปัญหาและช่วยผู้ป่วยในการจัดการ  
 สิ่งค้างคาและชำระล้างจิตใจให้สะอาดเพื่อการจากไปอย่างสงบ

3.4) ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียอยู่ในระดับสูง-สูงมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ย  
 สูงสุด ( $\bar{X} = 4.73$ , S.D. = 0.45) ได้แก่ ข้อ 4 แสดงความเคารพพออย่างให้เกียรติสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ข้อ  
 ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 4.10$ , S.D. = 0.71) คือ ข้อ 6 บันทึกการดูแลในภาวะเศร้าโศกและสูญเสียลงในแบบ  
 บันทึกทางการแพทย์บาลสม่าเสมอ

3.5) ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษาอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด  
 ( $\bar{X} = 4.47$ , S.D. = 0.57) คือ ข้อ 4 สร้างความคุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไว้วางใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด  
 ( $\bar{X} = 4.0$ , S.D. = 0.74, 0.74 ตามลำดับ) คือ ข้อ 1 เป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแลเพื่อตอบสนองความ  
 ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งมั่นใจในบทบาทผู้ประสานการประชุมปรึกษาและข้อ 5 สรุป  
 ข้อคิดเห็นจากประชุมครอบครัวกับทีมสหสาขาเพื่อให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและ  
 ญาติ

3.6) ด้านจริยธรรมและกฎหมายอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.23$ ,  
 S.D. = 0.73, 0.77 ตามลำดับ) คือ ข้อ 4 เคารพสิทธิของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการตายของ  
 ตนเองและข้อ 5 แสดงบทบาทของตนด้วยความเข้าใจในความเชื่อความศรัทธาในศาสนาที่ผู้ป่วยและญาติ  
 ยึดถือทั้งสองตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 4.00$ , S.D. = 0.70) คือ ข้อ 1 มี  
 ความรู้ความเข้าใจและสามารถอธิบายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาการตายได้

### 5.1.2 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้ระบบ พยาบาลเจ้าของใจ

จากการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการใช้ระบบ  
 พยาบาลเจ้าของใจกับก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใจพบว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย  
 ระยะสุดท้ายโดยรวมหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใจ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใจ อย่าง  
 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายราย  
 ด้าน พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใจทุก  
 ด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของ  
 ใจผู้วิจัยนำสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล  
 6 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2558; อ่างใน ชีระชด สาดสิน, 2559) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของใจ  
 ของ Watts & O'Leary (1980) ได้อธิบายลักษณะของพยาบาลเจ้าของใจว่ามีคุณลักษณะการปฏิบัติงานของ  
 พยาบาลเจ้าของใจแบบ 5A's ได้แก่ Accountability, Advocacy, Authority, Assertiveness, Autonomy และมี

คุณลักษณะในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพแบบ 5C's ได้แก่ Collaboration, Communication, Commitment, Continuity, Coordination โดยการเชื่อมโยงสมรรถนะ 6 สมรรถนะ กับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1990) ได้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เชื่อมโยงกับ Accountability และ Continuity คือ พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทุกมิติด้วยความตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์

สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน เชื่อมโยงกับ Autonomy, Coordination และ Commitment คือ พยาบาลเจ้าของไข้สามารถใช้บทบาทอิสระในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและใช้ศาสตร์การพยาบาลหรือการบำบัดทางเลือก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประสานงานและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการดูแลช่วยเหลือตลอดช่วงเวลาของความเจ็บปวดและมีความทุกข์

สมรรถนะที่ 3 ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย เชื่อมโยงกับ Autonomy และ Communication คือ พยาบาลเจ้าของไข้แสดงบทบาทอิสระในการคัดสรรวิธีบำบัดเยียวยาเพื่อสนองความปรารถนา (Wish) ของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะใกล้ตาย มีการสื่อสารข้อมูลและบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจสื่อสารกับวิชาชีพอื่นและผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาคุณภาพชีวิตสูงสุดแก่ผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 4 ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย เชื่อมโยงกับ Assertiveness, Coordination และ Collaboration คือ พยาบาลเจ้าของไข้แสดงความเป็นผู้นำการตัดสินใจในทีมการพยาบาล แสดงความมั่นใจต่อบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสูญเสีย โดยสามารถสื่อสารเพื่อความร่วมมือในทีมสหสาขา สื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัวเพื่อการปรับตัวในระยะต่อไป

สมรรถนะที่ 5 ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา เชื่อมโยงกับ Authority และ Communication คือ พยาบาลเจ้าของไข้แสดงออกด้วยการปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดภารกิจไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แสดงทักษะการสื่อสารให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวตามที่ต้องการ สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพตามเป้าหมายของการดูแลรักษาและบำบัดเยียวยาตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

สมรรถนะที่ 6 ด้านจริยธรรมและกฎหมาย เชื่อมโยงกับ Advocacy, Assertiveness และ Communication คือ พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทอิสระในการคัดสรรสารสนเทศที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้สิทธิในตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา บำบัดเยียวยาตามสิทธิผู้ป่วยและปฏิเสธการรักษาตามสิทธิในกฎหมายโดยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

### สมมุติฐานที่ 1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับสูง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.15$ , S.D. = 0.44) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่า หลังจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้จากการบูรณาการสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสภาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประทับประคองในหลักสูตรต้นแบบ 6 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2558; อ่างใน ชีระชล สาดสิน, 2559) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ซึ่งได้แสดงบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการปฏิบัติตามคู่มือการฝึกปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการปฏิบัติที่ได้มาจากแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1990) ได้แก่ "5A's 5C's" สามารถสะท้อนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สูง ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้าน ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ได้แก่ การมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอด 24 ชั่วโมง จากหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าเวร โดยมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออก รวมถึงรวบรวมข้อมูลวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวต้องมีองค์รวม และมีการส่งต่อให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล ดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานและมีการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงการประชุมครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยในทางเดียวกันเป็นการสะท้อนการปฏิบัติงานที่แสดงถึง Accountability คือ ความรับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่สามารถตัดสินใจการดูแลภายใต้ขอบเขตการพยาบาล คือ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ สามารถรายงานต่อเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาได้และ Continuity คือ มีวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายคนเดียวตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายส่งผลให้สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน บุญบัน (2557) ได้พัฒนาระบบการมอบหมายงานการพยาบาลและระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดระบบการบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ

1 คน รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระและเอกสิทธิ์ในการให้การพยาบาลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ โดยเป็นผู้วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสุขภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ภายหลังจากใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก และพยาบาลมีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวน โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาโดย Bruear (1991) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (คาริน จตุรภัทรพร, 2555) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในทางการแพทย์และการพยาบาลมักนิยมประเมินในเรื่องของความปวดโดยใช้ Pain Scale เป็นส่วนใหญ่ในการประเมินผู้ใหญ่ทุกประเภท แต่ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายหลายประการ ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต (กิตติกร นิลมานัต, 2555; National Comprehensive Cancer Network, 2003) แบบประเมิน ESAS จึงเป็นแบบประเมินอาการต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งมีความตรงและความเที่ยง สามารถนำมาใช้ในการประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีและเชื่อถือได้ (Moro, et al, 2006) การประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงทำให้มีข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ได้อย่างครอบคลุม (บุญทิศา สุวิทย์ และคณะ, 2558) แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าไข้แบบ Autonomy คือ บทบาทอิสระของพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมยังแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพแบบ Coordination โดยมีการทำงานร่วมกับผู้ป่วยและประสานกับบุคคลในทีมสุขภาพ โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะทำหน้าที่ประสานแพทย์เรื่องความปวดและอาการรบกวนตามระดับ ESAS เพื่อบรรเทาอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ และ Commitment คือ เจ้าของไข้จะเป็นผู้วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่ตนเองเขียนไว้ทุกครั้ง และติดตามปัญหาของผู้ป่วยด้วยตนเอง หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลด้วยตนเอง ผ่านกิจกรรมการพยาบาล โดยการเลือกวิธีบำบัดความปวดตามที่ผู้ป่วยประสงค์ หรือ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและบันทึกผลลัพธ์การจัดการอาการปวดทุกข์ทรมานและอาการ

รบกวนอื่นๆ ส่งผลให้สมรรถนะด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สวัสดิ์ดิโนนุภาพ และคณะ (2558) ได้พัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหารajahนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบการดูแล 2) โครงสร้างค้ำรูปแบบการดูแล 3) กระบวนการดูแล และ 4) การติดตามและประเมินผลผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยมีความปวดลดลง อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง ความไม่สบายใจหรือกลัวลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 3 ด้านการดูแลในระยะใกล้ตายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าจากกิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลเจ้าของ ไข่ของ Watts & O'Leary (1980) คือ การปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าไข้แบบ Autonomy และการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพแบบ Coordination โดยผ่านกิจกรรมการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวข้องเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว / ญาติให้ผู้ป่วยและครอบครัว / ญาติมีโอกาสเลือกตามต้องการ เช่น สถานที่ที่จะเสียชีวิตใช้เวลาอยู่เคียงข้างผู้ป่วยสัมผัสเย็บเย็บด้วยหัวใจรัก ตรวจเยี่ยมอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยให้ข้อมูลที่แท้จริงในทิศทางเดียวกันใช้หลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือและจัดให้ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยให้จิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ช่วยให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายตายดี การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ และกล่าวคำอำลา มีการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่งหน้าศพตามต้องการดังการศึกษาของกิตติกร นิลมานันต์ (2548) กล่าวว่าไว้ว่า การให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยหรือช่วยในการอาบน้ำศพ เชื่อว่าเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวยอมรับในการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ และผู้ป่วยที่ประสงคจะกลับบ้านวางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแล ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขใกล้บ้าน กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิตและช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้ยอมรับภาวะใกล้ตาย วางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตายมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง

สมรรถนะที่ 4 ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าแสดงให้เห็นว่าจากกิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลเจ้าของ ไข่ของ Watts & O'Leary (1980) โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีการประเมินการยอมรับของญาติ มีการสร้างบรรยากาศที่สงบภายในหน่วยงาน ให้ความเคารพให้เกียรติครอบครัว ทำหน้าที่แนะนำขั้นตอนต่างๆ สำหรับญาติเช่นการเก็บศพ การขอรับศพ การจัดเตรียม

เอกสารเพื่อขอใบมรณะบัตรการเตรียมพิธีกรรมทางศาสนาพร้อมอำนวยความสะดวก อยู่เป็นเพื่อนปลอบใจ ให้กำลังใจ หากญาติยังรับไม่ได้และมีการประเมินติดตามญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน หากพบว่าญาติผู้ป่วยมีภาวะ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ให้ส่งต่อจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การรักษา กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่สะท้อนการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าไข้แบบ Assertiveness คือ การแสดงบทบาทความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสมถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามกิจกรรม การติดตามผล การรักษาสิทธิ์ให้ผู้ป่วย และการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพแบบ Coordination คือ มีการประสานงานที่ดีโดยพยาบาลเจ้าไข้จะมีการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลประโยชน์มากที่สุด มีระบบส่งต่อเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและ Collaboration คือ มีความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพ กล่าวคือ พยาบาลเจ้าไข้เป็นผู้วางแผนในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ติดต่อสื่อสารหรือประสานงานด้วยตนเองโดยตรง จึงทำให้เพิ่มการยอมรับในบทบาทจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือกันดีในระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จึงส่งผลให้สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง

สมรรถนะที่ 5 ด้านการสื่อสารและการให้การศึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าแสดงให้เห็นว่าจากกิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลเจ้าไข้ของ Watts & O'Leary (1980) โดยพยาบาลเจ้าไข้ทำการสื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและทีมการพยาบาล และให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติตามความต้องการสื่อสารแผนการพยาบาลกับทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรและรายงานด้วยวาจาอย่างต่อเนื่อง เสนอการประชุมครอบครัวเพื่อประเมินความต้องการและภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งเป้าหมายในการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว / ญาติและทีมการรักษาร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ความเชื่อและเศรษฐกิจสังคมตามแนวทางปฏิบัติและสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามคู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีการขอคำปรึกษาร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญหรือทีมอภิบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสมในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงการประเมินผลการให้การดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กิจกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงพยาบาลมีอำนาจเต็มที่ในการสั่งการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อให้มีการพยาบาลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง (Authority) และมีการติดต่อสื่อสารโดยตรงของพยาบาลเจ้าไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆ ที่ดีลักษณะของการสื่อสาร (Communication) จากพยาบาลเจ้าไข้ไปยังบุคลากรอื่น ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่ได้รับมีประสิทธิภาพมากขึ้นกิจกรรมดังกล่าวจึงส่งผลให้สมรรถนะการสื่อสารและการให้การศึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษา

ของอรพิน นุชมัน (2557) ได้พัฒนาระบบการมอบหมายงานการพยาบาลและระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดระบบการบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระและเอกสิทธิ์ในการให้การพยาบาลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ โดยเป็นผู้วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสุขภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ภายหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และพยาบาลมีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมรรถนะที่ 6 ด้านจริยธรรมและกฎหมายค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าแสดงให้เห็นว่าจากกิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) โดยพยาบาลเจ้าของไข้ติดต่อสื่อสารสอบถามผู้ป่วย / ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับเอกสารแสดงเจตจำนงการดูแลในวาระสุดท้าย รวมถึงแผนการรักษาเพื่อยื้อชีวิตอื่นๆ เช่น การกู้ชีพ (CPR) การใส่ท่อช่วยหายใจการให้ยา Inotropic Drugs ฯลฯ พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และตอบสนองต่อความต้องการหากผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาต่อในโรงพยาบาล ให้มีการวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อสาธารณสุขกลับบ้าน พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย รวมถึงการจัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และถูกต้องเหมาะสมตามความเชื่อและศาสนาของแต่ละบุคคล เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เป็นการสะท้อนการวางแผนการดูแล เป็นผู้พิทักษ์สิทธิรักษาสิทธิ์ต่างๆ ให้ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว (Advocacy) และแสดงบทบาทความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสมถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง การวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามกิจกรรม การติดตามผล การรักษาสิทธิ์ให้ผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานกับบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Assertiveness) รวมถึงการติดต่อสื่อสารโดยตรง (Direct Communication) ซึ่งจะช่วยให้อุปกรณ์ที่ได้รับมีประสิทธิภาพมากขึ้นกิจกรรมดังกล่าวจึงส่งผลให้สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

**สมมุติฐานที่ 2 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้**

ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แม้ว่าก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างจะมีสมรรถนะที่สูงเดิมอยู่แล้วนั่นเป็นเพราะ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เป็นโรงพยาบาลคาทอลิกที่เน้นการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

อยู่แล้ว แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้จากการบูรณาการสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสภาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหลักสูตรต้นแบบ 6 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2558; อ่างใน ชีระชล สาดสิน, 2559) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ส่งผลให้สมรรถนะฯ สูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าขั้นตอนในการจัดกระทำในการวิจัยครั้งนี้ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู พุกบุญมี และคณะ (2544; อ่างใน อรพิน บุญบัน, 2557) ที่ได้ทดลองใช้ระบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยไอซียูเด็ก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด อายุรกรรมหญิง และจักษุพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า พยาบาลทุกคนมีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพยาบาลมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นพยาบาลเจ้าของไข้ได้พัฒนาบทบาทหน้าที่ อิสระในการคิดตัดสินใจ วางแผนการพยาบาลด้วยตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ภายใต้ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ส่งผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทสำคัญมากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในการดูแล คือ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้จะทำหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความจำเป็นให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยครอบคลุมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 สมรรถนะ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด (สภาการพยาบาล, 2558; อ่างใน ชีระชล สาดสิน, 2559) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980) ที่มีจุดเด่นสำคัญ ได้แก่ “5A's 5C's” สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และ สุปรานี เสนาดิสัย (2554) ที่ได้นำเสนอการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยพบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและช่วยพัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกเช่นเดียวกับการศึกษาของวาสนา สวัสดิ์นฤนาท และคณะ (2558) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สรุปว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านผู้ให้บริการ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 5.3.1 ด้านการบริหาร

1) ควรกำหนดการมอบหมายงานรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยงานที่เฉพาะ เนื่องจากสมรรถนะด้านการดูแลการจัดการความปวดและทุกข์ทรมานมีระดับคะแนนน้อยสุด จึงควรมีการเสริมด้านการบริหารจัดการเพื่อช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะเฉพาะที่ เป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตลอดจนญาติและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยให้สามารถผ่านช่วงเวลาแห่งการตัดสินใจไปได้ด้วยดีและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

2) จากผลสมรรถนะที่ได้จึงควรกำหนดให้การปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้เป็นความสามารถหลัก (Core Competency) ของพยาบาลวิชาชีพและนำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามสมรรถนะหลักของสภาการพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินความสามารถเพื่อการพัฒนาบุคลากรต่อไป

3) จัดหลักสูตรอบรม Residency Training ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้แก่บุคลากรพยาบาลทุกปี เพื่อให้พยาบาลได้มีการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดระบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรใหม่และมีการเพิ่มเติมความรู้ในกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน

### 5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรใช้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในทุกหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อเป็นการสื่อสารในทีมสุขภาพและเป็นการใช้หลักวิทยาศาสตร์ที่มีเหตุผลในการดูแลผู้ป่วย

### 5.3.3 ด้านการวิจัย

1) ควรมีการดำเนินการวิจัยต่อเนื่องต่อไปเพื่อดูว่าผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะทำให้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

2) นำผลการศึกษาค้นคว้าไปขยายผลสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลและพัฒนาความเป็นอิสระในวิชาชีพการทำงานให้สูงขึ้นในระดับสูง

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2558, จากเว็บไซต์: [www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcomer](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcomer).
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง. (2551). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, และสุภาณี เสนาคิสัย. (2554). ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*. 17(2). 278-286.
- ณัฐธภา ศิริรัตน์พิริยะ. (2552). *ผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลน่าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คาริน จตุรภัทรพร. (2555). *สุขรัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. 44-53.
- ธิดารัตน์ เพชรชัย. (2552). *ผลของการใช้พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระชล สาดสิน. (2559). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญทิวา สุวิทย์, สุณี พนาสกุลการ, และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 35(1). 153-164.
- บังอร ไทรเกตุ. (2556). *คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2552). Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์. *ปาฐกถาเกียรติยศสุมาลี นิมนานนิตย์ ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปริ้น โอ โชน จำกัด. 23-40.
- ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. (2553). *ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2553). *Palliative Care กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. Siriraj E-Public Library. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559. จากเว็บไซต์: [http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/article\\_detail.asp?id=727](http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/article_detail.asp?id=727)
- โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์. (2559). *การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาที่ครอบคลุมการดูแลด้านร่างกายและจิตวิญญาณ. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ค.ศ. 2016-2018*.
- วาสนา สวัสดิ์นฤนาท, อมรพันธุ์ ธาณีรัตน์ และธราทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 25(1). 144-156.
- วิไล ถวิลวิสาร. (2550). *ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มุ่งการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- วีรยา อินทร์คง. (2558). *ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). สำนักบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). *เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สตางค์ ศุภผล. (2013). การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: URL:// www.fmkkh.com/FMKKH/bthkhwam\_wichakar.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2551). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต*. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2552). *หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สร้อยญา กุมพล. (2555). การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 31(5). 179-201.
- สตางค์ ศุภผล. (2013). *การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: URL://www.fmkkh.com/FMKKH/bthkhwam\_wichakar/Entries/2013/7/13\_kar\_dul\_bb\_phu\_pwy\_p (2017)
- สุปรียา ดิยั้ง. (2554). *ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวคนธ์ ภูรัตน์, พัชรี ภาระโง และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ทำทนายบทบาทพยาบาล*. (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรัชย์ ชุ่มศรีพันธ์. (2560). *สาส์น โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2560. จากเว็บไซต์: [www.saintlouis.or.th/](http://www.saintlouis.or.th/)
- สุภาพร ดาวดี. (มีนาคม 2558). *มติจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณในศาสนาคริสต์*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 1<sup>st</sup> National Palliative and Hospice Care Conference (NPHC) Theme “Better Health Through Palliative Care” การดูแลแบบประคับประคอง : เพื่อชีวิตที่ดีกว่า. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2559. จากเว็บไซต์: [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb\\_v2\\_2/Seminar/Palliative\\_Care\\_and\\_Hospice\\_Care/data/11-2\\_25032558.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/Seminar/Palliative_Care_and_Hospice_Care/data/11-2_25032558.pdf).

- สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักการพยาบาล. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ : บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อ  
ตะวัน จำกัด. 52-54.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพะ  
ระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การสร้าง
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวง  
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม  
ราชูปถัมภ์
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *สถิติสาธารณสุข 2554 (2550-2554)*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและ  
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). *การประเมินแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 10 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2559. จากเว็บไซต์:  
[http://www.kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3737/hs1995.pdf?sequence=3&is Allowed=y](http://www.kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3737/hs1995.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
- อรุณี งาม, และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดโรงพยาบาล  
ทั่วไป. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 19(2). 129-141.
- อรพิน นุชบัน. (2557). *การพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใน  
จังหวัดราชบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรวรรณ รัตนสุวรรณ. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Care). สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม  
2559). จากเว็บไซต์: <http://haamor.com/th/การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/#article101>.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P., Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment  
System (ESAS): A Simple Method for The Assessment of Palliative Care Patients. *Journal of  
Palliative Care*. 7(2). 6-9.
- Downing. M. G., Lau, F., Lesperance, M., et al. (2007). Meta-analysis of Survival Prediction with Palliative  
Performance Scale. *Journal of Palliative Care*. 23(4). 245-252.

- Fey, M. K., & Miltner, R. S. (2000). A Competency-based Orientation Program for New Graduate Nurses. *The Journal of Nursing Administration*. 30(3). 126-132.
- Jones. W. P., & Teevan, J. (2007). *Personal Information Management*. Washington: University of Washington Press.
- Johnsen, A. T., Petersen, M. A., Pedersen L, & Groenvold, M. (2009). Symptoms and Problems in A Nationally Representative Sample of Advanced Cancer Patients. *Palliative Medicine*. 23(6). 491-501.
- Keck, V. E. & Walther, L. S. (1977). Nurse Encounters with Dying and Non-dying Patient. *Nursing Research*. 26(6). 465-469.
- Manthey, M., & Kramer, M. (1970). A Dialogue on Primary Nursing. *Nursing Forum*. 9(4). 356-379.
- Manthey, M. (2002). *The Practice of Primary Nursing*. (2<sup>nd</sup> ed.). Minneapolis, MN: Creative Health Care Management, Inc.
- Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P., & Harris, I. (2005). Primary Nursing: A Return to the Concept of "My Nurse and My Patient". *Nursing Forum*. 9(1). 65-83.
- Marram, G. D., Barrett, M. W., & Bewis, E. O. (1979). *Primary Nursing: A Model for individualized Care*. St. Louis: C.V. Mosby Company.
- Moro, C., Brunelli, C, & Miccinesi, G. (2006). Edmonton Symptom Assessment Scale: Italian Validation in Two Palliative Care Settings. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 14(1). 30-37.
- National Comprehensive Cancer Network. (2003). Distress Management: Clinical Practice Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*. 1(3). 344-374.
- Pilot, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Smith, S. N., & Bohnet, N. (1983). Organization and Administration of Hospice Care. *The Journal of Nursing Administration*. 13(11),10-16.
- Swansburg, R. C. (1990). *Management and Leadership for Nurse*. St. Louis: C.V. Mosby.

- Watts, W. H., & O'Leary, J. (1980). Ten Components of Primary Nursing. *Nursing Dimensions*, 7(4), 90-95.
- William Sullivan. (2003). Ethical and Spiritual Issues at the End of Life : The Relevance of Spiritual Care to Bioethics. *Bioethics Update*, 3(2). Retrieved: October 10, 2015. From: [www.utoronto.ca/stmikcs/biocthi](http://www.utoronto.ca/stmikcs/biocthi).
- World Health Organization. (2002). Pain Relief and Palliative Care. In: *National Cancer Control Programmer Policies and Management Guidelines*. (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: World Health Organization (WHO), 83-91.
- World Health Organization. (2013). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved: January 5, 2016. from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- World Health Organization. (2015). *The Top 10 Leading Causes of Death*. Retrieved: January 10, 2016. from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index4.html>.
- Yoder-Wise, P. (2003). *Leading and Managing in Nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). St Louis: Mosby.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### 1. ดร.กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์  
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (องค์การและการจัดการ)  
มหาวิทยาลัยศรีปทุม  
การศึกษาศุภบัณฑิต  
(การบริหารและการจัดการการศึกษา/บริหารการศึกษา)  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

### 2. นางสาวสุรีย์ ลีมงคล

การศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)  
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์  
หัวหน้าหน่วยและพยาบาลชำนาญการพิเศษ  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

### 3. นางวิไล ถวิลสาร

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)  
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

หัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

**หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยเรื่อง	ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของใจ
นักวิจัย	นางสาวจิรวรรณ บุญทองมาก
สังกัดหน่วยงาน	นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
เลขที่รับรอง	E. 039/2560

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยได้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัด เรียบร้อยแล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 8 มิถุนายน 2560

(ดร.ชูเกียรติ จากใจชน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ค

โครงการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้



## โครงการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยระบบพยาบาลเจ้าของใจ

### 1. หลักการและเหตุผล :

#### บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นจากการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้รักษาและชะลอความตาย ช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนมีความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุ (WHO, 2013) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้น เพราะแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกกว่า 40 ล้านคนที่ต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายแต่ยังไม่ได้รับการดูแลถึงร้อยละ 86 องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้ทุกประเทศบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต (WHO, 2015)

ประเทศไทยมีแนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเช่นมะเร็ง เบาหวาน โรคไต เพิ่มขึ้น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศติดต่อกันมากกว่า 10 ปี คือ โรคมะเร็งเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 60,000 กว่าราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) โรคเรื้อรังและมะเร็งมีระยะการก่อโรคเป็นเวลานานและไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายอาจมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ลดคุณภาพชีวิต กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดวิสัยทัศน์ที่จะให้ทุกคนมีสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตและตายดี

กระทรวงสาธารณสุข (2550) กำหนดนโยบายระดับชาติในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายก่อตั้งหน่วยงานดูแลระดับประคองและหน่วยดูแลคุณภาพชีวิตในทุกระดับบริการ รวมทั้งมีแนวทางพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นมิติที่ทำนายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในระยะทุกข์ทรมานทรานาที่สุดท้ายของชีวิต (สุวคนธ์ กุรัตน, และคณะ, 2556) เพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น เป็นการเยียวยาคนทั้งคนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งทางกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2552)

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์สังกัดในพระศาสนจักร โรมันคาทอลิกมีปรัชญาที่ว่า “เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น” พันธกิจข้อที่ 1 คือ พัฒนาระบบการดูแลรักษาด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยทีมพัฒนากระบวนการ Hospice Care Center เพราะการดูแลระยะสุดท้ายมีความสำคัญยิ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกเรื่อง (สุรัชย์ ชุ่มศรีพันธ์, 2560) โครงการนี้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล (โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, 2559) จึงดำเนินการวิเคราะห์ SWOT Analysis พบจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ขาด

สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เชื่อมโยงกับบทบาทอิสระของพยาบาล เนื่องจากการดูแลยังมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย จึงนำประเด็นดังกล่าวมาปรับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สะท้อนบทบาทอิสระของพยาบาล ภายใต้การดูแลด้วยความรัก ความเมตตาและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามหลักคริสตศาสนา ด้วยตระหนักในการอภิบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อความรับผิดชอบชีวิตที่ปลอดจากความทุกข์ทรมาน เพื่อการจากไปอย่างสงบ ช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์ข้อที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลรักษาด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยทีมพัฒนาระบบการ Hospice Care Center ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลจึงได้มีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแล พร้อมแนวปฏิบัติในทางเดียวกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี สนองความต้องการอย่างเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรฐานของพยาบาลระยะสุดท้ายตามประกาศของสภาการพยาบาล ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง หลักสูตรต้นแบบ รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558

## 2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 2) เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของใจ

## 3. กลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับผลงาน:

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปี ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน และแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

## 4. วิธีการ

เรียนรู้ด้วยตนเองจากการศึกษาและปฏิบัติกิจกรรม ประกอบการสอนของวิทยากรในสาระสำคัญ บางเรื่อง โดยผู้สอนเป็นฝ่ายสนับสนุนช่วยเหลือ (Facilitator) มีการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม และฝึกปฏิบัติ

## 5. วิทยากร

- \* คพ. โชคชัย คุรัตน์สุวรรณ
- \* เซอร์ โยอันนา บุญทองมาก
- \* อ. ชะบา คำปัญญา
- \* อ. น้ำผึ้ง ปรัชญาคุณ

## 6. กิจกรรม / ขั้นตอนการดำเนินงาน

ตารางขั้นตอนการดำเนินงานโดยมีตารางกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม	กำหนดการทำกิจกรรม						
	ต.ค. 16- มี.ค. 17	เม.ย 17- ส.ค. 17	ก.ย. 17	ต.ค. 17	พ.ย. 17	ธ.ค. 17	ม.ค. - มี.ค. 18
<b>1. ขั้นเตรียมการ</b>	6 เดือน	4 เดือน	1 เดือน	1 เดือน	1 เดือน	1 เดือน	3 เดือน
1.1 รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์แนวโน้ม ความจำเป็น ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ระบบงานและ บริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ SWOT Analysis เพื่อทำ Need Assessment	✓						
1.2 ออกแบบคู่มือ		✓					
1.3 นำเสนอและนำข้อเสนอแนะของที่ปรึกษามาแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้		✓					
1.4 ขออนุมัติดำเนินการฝึกปฏิบัติ			✓				
1.5 ติดต่อวิทยากร			✓				
1.6 การจัดเตรียมเอกสาร คู่มือวิชาการ สถานที่ อุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติ			✓				
<b>2. ขั้นดำเนินการ</b>							
2.1 ดำเนินการฝึกปฏิบัติ				✓	✓	✓	
<b>3. ขั้นประเมินผล</b>							
3.1 ติดตาม				✓	✓	✓	
3.2 ประเมินและวิเคราะห์ผล							✓
3.3 รายงานผล							✓

7. ระยะเวลาดำเนินการตลอดโครงการ : ตุลาคม 2559 – มกราคม 2561

## 8. แผนงบประมาณ

แหล่งที่มาของงบประมาณ	จำนวน (บาท)	รายละเอียดของการใช้จ่าย	จำนวน (บาท)
ใช้งบประมาณของโรงพยาบาล	30,915	ค่าวิทยากร	5,000
ขอการสนับสนุนจากภายนอก	-	ค่าห้องประชุม	15,200
		ค่าอาหารและอาหารว่าง	4,200
		ค่าเบ็ดเตล็ด	3,000
		ค่า CNEU	2,015
		ค่าเอกสาร(30X50)	1,500
รวมรายรับ	30,915	รวมรายจ่าย	30,915

## 9. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ :

จัดทำโดย

ชื่อ \_\_\_\_\_

(เซอร์โยอันนา บุญทองมาก)

ตำแหน่ง

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ว/ด/ป



ภาคผนวก ง

คู่มือการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย  
ระบบพยาบาลเจ้าของไข้



คู่มือ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ  
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้  
**A Handbook of developing the Nurse's Competency in End of Life Care  
with the Primary Nursing Care system**



ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

วันที่ 28 ตุลาคม 2560

## คำนำ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยที่ได้นำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตรงตามมาตรฐานหลักสูตรต้นแบบสภาการพยาบาลที่ได้รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปลอดภัยจากความทุกข์ทรมาน และเตรียมรับการจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะช่วยให้ทุกท่านเรียนรู้ง่าย เข้าใจลึกซึ้งและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงได้นำความสำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ วัตถุประสงค์ วิธีการใช้คู่มือ คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ ส่วนประกอบของคู่มือ คำนิยามและแบบประเมินต่างๆ เรียบเรียงลงในคู่มือ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ท่าน ผู้วิจัยขอให้ท่านอ่านและทำความเข้าใจกับเนื้อหาสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติ และหากมีคำถาม ข้อเสนอ ขอให้อสอบถามผู้วิจัยโดยตรงได้ตลอดเวลา 098-3266150



จิรวรรณ บุญทองมาก

## สารบัญ

	หน้า
ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	82
วัตถุประสงค์	83
วิธีการใช้คู่มือ	83
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	84
ส่วนประกอบของคู่มือ	84
คำนิยาม	
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	84
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	84
- พยาบาลวิชาชีพ	84
- สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	84
- ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	86
- ตารางแสดงการบูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้และสมรรถนะ- พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ	87
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามระดับ PPSv2 ของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	94
ภาคผนวก	
- ใบมอบหมายงาน	100
- Admission Data base	101
- แบบประเมิน Palliative performance scale version 2 (PPSv2)	106
- แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	107
- แบบบันทึกการทำ Family meeting record	109
- Focus List	111
- Nurses's note	112

## ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ไม่เน้นการรักษาให้หายขาดจากโรค แต่เน้นที่การดูแลเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยและอาการรบกวนต่างๆ โดยบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญของการตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ เสนอให้มีการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั่วโลก ประเทศไทยมี “แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2556-2559” มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ค้ำจุนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์สังกัดในพระศาสนจักร โรมันคาทอลิก ดำเนินงานภายใต้พื้นฐานปรัชญาที่ว่า “เมตตาการุณยอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น” มีพันธกิจสำคัญคือประกาศข่าวดีของพระคริสตเจ้าและประกาศความรักและความเมตตาการุณยในการเยียวยาทั้งทางกายและทางจิตวิญญาณ นำวิสัยทัศน์มาพัฒนา บ้านแห่งความสุขการเยียวยารักษาที่นำความสุขความหวังและศูนย์รวมแห่งการเยียวยาทั้งทางกายและทางจิตวิญญาณ ภายใต้ค่านิยมหลัก 5 ข้อ คือ 1) Patients First 2) Personnel's Happiness 3) Justice and Love 4) Human Dignity 5) Societal Well-Being and Community Support มาใช้ในการดูแลบุคลากรให้มีความสุข นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บนมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ พันธกิจดังกล่าวส่งผลต่อแผนกลยุทธ์ที่ 1 ของ รพ. คือ พัฒนาระบบการดูแลรักษาทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณด้วยโครงการสร้างทีมพัฒนาระบบการตาม Saint Louis care model และ โครงการ Hospice care center ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของฝ่ายการพยาบาล (โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, 2559) ซึ่งภารกิจการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2014-2016 เป็นร้อยละ 78.81, 84.82, 84.87 และจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี ค.ศ. 2013 – 2016 เป็น 124, 257, 192 และ 249 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, 2559) การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมีจุดเน้นที่สัมพันธ์กับปรัชญา “ค่านึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ (The Dignity of Human Life)” ในยามเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและต้องเผชิญกับความตาย ดำรงไว้ซึ่งสิทธิได้รับการดูแลรักษาอย่างดีมีศักดิ์ศรีครบถ้วนตามคำสอนว่า มนุษย์ทุกคนเป็นพระฉายาลักษณ์ของพระเจ้า (Image of God; ปฐมกาล 1:26) ได้รับการไถ่บาปแล้วในพระคริสต์ (Christ's Redemption; Eph 1:10) ดังนั้นไม่ว่าในสภาพใดทุกคนมีศักดิ์ศรีเสมอ (สุภาพร ดาวดี, 2558) จึงควรให้ความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกันและกัน (Human Dignity) ด้วยเหตุนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงสำคัญ เพราะเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกเรื่อง เราจึงต้องให้การดูแลใกล้ชิด (สุรชัย ชุ่มศรีพันธ์, 2560)

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้หมายถึง ระบบการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ช่วยจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ยังไม่พบการศึกษาหรือวิธีพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล

เซนต์หลุยส์ตระหนักในการอภิบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อความรับผิดชอบชีวิตที่ปลอดจากความทุกข์ทรมาน เพื่อการจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้ที่มีผู้ป่วยและญาติวางใจมากที่สุด เพราะมีพยาบาลเจ้าของไข้อยู่เคียงข้าง ให้การดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้ที่น่าความเมตตาที่พระเจ้าประทานมาสนองตอบต่อปรัชญารักและรับใช้จึงได้ให้การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลตามประกาศของสภาการพยาบาล หลักสูตรต้นแบบ ที่รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 ขึ้น

### วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้

### วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ และบทบาทของพยาบาลผู้ช่วยดูแล
3. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้
4. ปรึกษาผู้วิจัย เมื่อพบข้อสงสัยหรือต้องการความชัดเจนในเนื้อหาสาระของคู่มือการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้

### คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย ผ่านการเรียนรู้ใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้

### ส่วนประกอบของคู่มือ

#### คำนิยาม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรครอยู่ในขั้นสุดท้าย มีแนวโน้มทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรครภายใน 1 ปี และรับไว้ในแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง การรับผิดชอบของพยาบาลในการเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายใช้ PPSv2 Score ประเมินความต้องการและEdmonton Symptom Assessment System : ESAS ประเมินอาการรบกวน นำระดับคะแนนที่ได้มาวางแผนจัดการความเจ็บปวด ลดทุกข์ทรมานและอาการ

รบกวนต่างๆของผู้ป่วย ทั้งบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการสื่อสารประชุม ครอบครัว Family meeting พร้อมสหสาขา ให้ครอบครัว / ญาติมีส่วนร่วมช่วยให้จิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ปลดปล่อยวาง ปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ ให้เข้าสู่ระยะสุดท้าย ดายดี จัดบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ และกล่าวคำอำลา จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่งหน้าศพตามต้องการวางแผนจำหน่าย และส่งต่อการดูแลหากผู้ป่วยที่ประสงค์จะกลับบ้าน

**พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง พยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้น 1 มีประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปี และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยใน และสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

**สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีสมรรถนะตามประกาศของสภาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหลักสูตรต้นแบบ สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ ดังนี้

**สมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว** หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีสมรรถนะในการจัดการดูแลประเมินความต้องการ โดยใช้ PPSv2 Score เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยรับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ใช้กระบวนการพยาบาลตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมินความต้องการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

**สมรรถนะที่ 2 การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน** หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงการมีความรู้ด้านสิทธิผู้ป่วย ค้ำครองและแสดงออกอย่างเหมาะสม ยอมรับได้กับอารมณ์ การแสดงออกที่อาจไม่เหมาะสมของผู้ป่วยและญาติ ทั้งมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่างๆ โดยเฉพาะความปวด สามารถใช้เครื่องมือประเมิน Edmonton Symptom Assessment System : ESAS ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและตอบสนอง โดยประยุกต์วิธีการต่างๆทั้งทางยาและวิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อบรรเทาจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมความสบาย ติดตามผลการบำบัดต่างๆอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

**สมรรถนะที่ 3 การดูแลในระยะใกล้ตาย** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ประสานงานกับวิชาชีพอื่นและส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้ยอมรับภาวะใกล้ตาย สามารถใช้บันทึกแบบประเมิน Family Meeting และวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่จะเกิดขึ้น ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale v2 Score) อยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย ใช้ศาสตร์และศิลป์ต่างๆช่วยให้มีความสุข ลดทุกข์ทรมาน อบอุ่นด้วยความรักถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ห่วงใยให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเรื่องการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

**สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะเครียดโรคและการสูญเสีย** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินเกี่ยวกับความสูญเสียและความเครียดโรค เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเครียดโรค ช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญกรณีครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

**สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจหลัก แนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤติ ให้ผู้ป่วย และครอบครัวรับทราบความจริงและข่าวร้าย ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้การปรึกษาลงการบอกข่าวร้าย รวมทั้งมีการประสานงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุมครอบครัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

**สมรรถนะที่ 6 จริยธรรมและกฎหมาย** หมายถึง พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิ การตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการได้

**ระบบพยาบาลเจ้าของใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ระบบการมอบหมายงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉพาะรายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของใจวางไว้ ตามแนวคิดของ Watts & O'Leary (1980) ได้แก่ "5A's 5C's" เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ตาราง แสดงการบูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ธีระชล สาทสิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
<p>บทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยตาม 5A's5C's</p> <p>1.Accountability, Continuity รับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย</p>	<p>สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 ด้าน</p> <p>สมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว-มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม</p> <p>-เลือกใช้เครื่องมือประเมินความต้องการอย่างเหมาะสม</p> 	<p>- พยาบาลเจ้าของไข้รับมอบหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 รายจากหัวหน้าแผนก / หัวหน้าเวร ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ใช้ใบมอบหมายงานแบบเดิม)</p> <p>- แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึง ความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย</p> <p>- ประเมินความต้องการองค์รวมทั้งตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออก (ใช้ใบ Patient Admission Data, PPSv2 Score)</p> <p>- มอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน (ใช้ใบมอบหมายงานแบบเดิม)</p> <p>- พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมมิติองค์รวม ประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสื่อสารให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษรและเสนอประชุมครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยในทางเดียวกัน (ใช้ใบ Family Meeting, Focus List, Nurse's Note)</p>
<p>2. Autonomy, Coordination, Commitment</p> <p>พยาบาลเจ้าของไข้เข้าใจตรงกันถึงปัญหาผู้ป่วย มีเอกสิทธิ์อย่างอิสระในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและประสานงาน</p>	<p>สมรรถนะที่ 2 การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p> <p>- มีความรู้เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและอาการรบกวน</p> <p>- เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและอาการรบกวน</p>	<p>- พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวนได้ถูกต้อง (ใช้ ESAS: Edmonton Symptom Assessment System)</p> <p>- ประสานแพทย์เรื่องความปวดและอาการรบกวนตามระดับ ESAS เพื่อบรรเทาอาการ</p>

ระบบพยาบาลเจ้าไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ชีระชล สาทลิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
<p>กับแพทย์เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่ตนเองเขียนไว้ทุกครั้ง และติดตามปัญหาของผู้ป่วยด้วยตนเอง หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ</p>	<p>อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานแพทย์และทีมผู้ดูแลเพื่อตอบสนองบรรเทาความปวดและอาการรบกวน</li> <li>- ประยุกต์วิธีการต่างๆ การใช้ยาและวิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อบรรเทาจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมความสุขสบาย ติดตามผลการบำบัดต่างๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</li> </ul>	<p>ปวดความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ ทั้งประยุกต์วิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายการเกิดความเจ็บปวดวิธีการรักษาการบำบัดบรรเทาแก่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ และให้ร่วมพิจารณาทางเลือกที่พึงประสงค์</li> <li>- เลือกรักษาบำบัดความปวดตามที่ผู้ป่วยประสงค์ หรือ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด</li> <li>- ประเมินความปวดและอาการทุกข์ทรมานหลังให้การดูแลด้วยแบบประเมิน ESAS</li> <li>- บันทึกผลลัพธ์การจัดการอาการปวดความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอื่นๆ (ใช้ใบ Focus List, Nurse's Note แบบเดิม)</li> </ul>
<p>3. Autonomy, Communication</p> <p>พยาบาลเจ้าไข้ของไข้มีอิสระในดูแล ให้การพยาบาลและสื่อสารให้ ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว</p>	<p>สรณะที่ 3 การดูแลในระยะ ใกล้ตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการตามมีที่ศนคติที่ดีต่อความตายในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย</li> <li>- ประเมินและตอบสนองความต้องการ การดูแลในระยะใกล้ตาย</li> <li>- เตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิตสอนผู้ป่วยและครอบครัวให้ เข้าใจอาการและอาการแสดงใน ระยะใกล้ตายช่วยให้เผชิญกับ กระบวนการตายตามความเชื่อศาสนา สังคมและวัฒนธรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าไข้ประเมินอาการผู้ป่วยด้วย PPSv2 Score ระยะนี้การดำเนินของโรคเฉลี่ยลง PPSv2 Score &lt; 30%</li> <li>- สื่อสารให้ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว/ญาติ</li> <li>- ให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติมีโอกาสเลือกตามต้องการ เช่น สถานที่ที่จะเสียชีวิต</li> <li>- ใช้เวลาอยู่เคียงข้างผู้ป่วยสัมผัสเยี่ยวยาด้วยหัวใจรัก ตรวจสอบอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ</li> <li>- ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึงโดยให้ข้อมูลที่เป็นจริงในทิศทางเดียวกัน</li> </ul>

ระบบพยาบาลเจ้าไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ชีระชล สาดลิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วย เสียชีวิตอย่างสงบ</li> <li>- จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม</li> <li>- สนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่ บ้านตามความปรารถนาของผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้หลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ และจัดให้ ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยให้ จิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงามช่วยปลดปล่อย สิ่งค้างคาใจ และช่วยให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายโดยดี</li> <li>- สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ และ กล่าวคำอำลา</li> <li>- จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมเสนอให้ ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่งหน้าศพ ตามต้องการ</li> <li>- ผู้ป่วยที่ประสงค์จะกลับบ้านวางแผน จำหน่ายและส่งต่อการดูแลประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขใกล้บ้าน</li> </ul>
<p>4. Assertiveness, Coordination, Collaboration</p> <p>พยาบาลเจ้าไข้แสดงความบทบาท ความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสม ให้กำลังใจครอบครัว/ญาติ และ ประสานขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือทั้งแนะนำ ขั้นตอนต่างๆ ในการจัดการศพ</p>	<p>สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะเศร้าโศก และการสูญเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ เศร้าโศก (Grief) และการสูญเสีย (Loss) และกระบวนการดูแลได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- ประเมินความเศร้าโศกจากการ สูญเสีย</li> <li>- ช่วยให้ครอบครัว/ญาติปรับตัวกับ ความสูญเสียและความเศร้าโศกและ ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าไข้แสดงความเคารพพรท ร่วมแสดงความเสียใจ สวดภาวนาอำลาขอ ขมาโทษจากผู้ป่วยครั้งสุดท้าย</li> <li>- ประเมินการยอมรับของญาติ</li> <li>- สร้างบรรยากาศที่สงบในหน่วยงาน ให้ ความเคารพให้เกียรติครอบครัว ระวังเรื่อง หัวเราะเสียงดัง หรือการรื่นเริง</li> <li>- แนะนำขั้นตอนต่างๆ สำหรับญาติ เช่น การ เก็บศพการขอรับศพการจัดเตรียมเอกสาร เพื่อขอใบมรณะบัตร การเตรียมพิธีกรรมทาง ศาสนา หรือมอบอำนาจความสะดวก</li> <li>- อยู่เป็นเพื่อนปลอบใจให้กำลังใจหากญาติ ยังรับไม่ได้</li> </ul>

ระบบพยาบาลเจ้าไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ชีระชล ศาตลิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
		<p>- ประเมินติดตามญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนหากพบว่าญาติผู้ป่วยมีภาวะ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ให้ส่งต่อจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การรักษา</p>
<p>5. Authority, Communication</p> <p>พยาบาลเจ้าไข้มีอำนาจเต็ม ที่ในการสื่อสารและการให้การปรึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อให้มีการพยาบาลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลา ที่พักรักษา อยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย</p>	<p>สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยครอบครัว และทีมสุขภาพ</li> <li>- ใช้เทคนิคการสื่อสารทั้งคำพูดไม่ใช้คำพูดและการสื่อสารเพื่อการรักษา (Therapeutic Communication Skills)</li> <li>- ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ เป็นต้น</li> <li>- สื่อสารตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการประชุมครอบครัว การบอกข่าวร้ายและการทำ Advance Care Plan</li> <li>- ประสานการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าไข้ใช้ข้อมูลระดับผู้ป่วยตาม PPSv2 สื่อสารข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและทีมพยาบาล (ใช้ใบ PPSv2 Score)</li> <li>- ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติตามความต้องการ</li> <li>- สื่อสารแผนการพยาบาลกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรและรายงานด้วยวาจาอย่างต่อเนื่อง (ใช้ใบ Focus List, Nurse's Note แบบเดิม)</li> <li>- เสนอการประชุมครอบครัวเพื่อประเมินความต้องการและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายในการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว/ญาติและทีมการรักษา (ใช้ใบ Family Meeting)</li> <li>- ร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจจิตวิญญาณความเชื่อและเศรษฐกิจ สังกมตามแนวทางปฏิบัติและสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ</li> </ul>

ระบบพยาบาลเจ้าใจของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ชีระชล สาดสิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
		ประคับประคองตามคู่มือ (คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอคำปรึกษาร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญหรือทีมอภิบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสมในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน</li> <li>- ประเมินผลการให้การดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (ใช้ใบ Nurse's Note แบบเดิม)</li> </ul>
<p>6. Advocacy, Assertiveness, Communication,</p> <p>พยาบาลเจ้าใจของใช้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติครอบครัวประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทีมสหสาขา ทั้งแสดงบทบาทความเป็นวิชาชีพอย่างเหมาะสมในการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพภายใต้กฎหมายกำหนด</p>	<p>สมรรถนะที่ 6 จริยธรรมและกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่การยึดชีวิตการงดทำการกู้ชีวิตสิทธิการตายการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเจ้าใจใช้ติดต่อสื่อสารสอบถามผู้ป่วย/ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับเอกสารแสดงเจตจำนงการดูแลในวาระสุดท้าย รวมถึงแผนการรักษาเพื่อยุติชีวิตอื่น ๆ เช่น การกู้ชีพ (CPR) การใส่ท่อช่วยหายใจการให้ยา Inotropic drugs ฯลฯ และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (ใช้ใบ NR, Nurse's Note แบบเดิม)</li> <li>- ให้การพยาบาลด้วยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว</li> <li>- ตอบสนองต่อความต้องการหากผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาต่อในโรงพยาบาลให้มีการวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อสาธารณสุขใกล้บ้าน พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย</li> </ul>

ระบบพยาบาลเจ้าไข้ของ Watts & O'Leary (1980)	แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สภาการพยาบาล, 2558 อ้างใน ชีระชล สาดสิน, 2559)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
		- จัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และถูกต้องเหมาะสมตามความเชื่อและศาสนาของแต่ละบุคคลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

### แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีดังนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative performance scale version 2 (PPSv2) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia ประเทศแคนาดา (Michael G. et al., 2006) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2551) เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัวซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPSv2 70% - 100% คือ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวปกติ ทำกิจกรรมต่างๆช่วยเหลือตัวเองได้ การกินอาหารปกติ ความรู้สึกตัวดี ต้องการความช่วยเหลือเพียงครั้งคราว

ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPSv2 40% - 60% คือผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง เคลื่อนไหวลดลง ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด บางครั้งสับสน

ระยะที่ 3 ระยะวาระสุดท้าย (End-of-life) คะแนน PPSv2 0% - 30% คือผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา รับประทานทางปากไม่ได้ ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกรู้ตัว ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญในงานวิจัยครั้งนี้

2. ประเมินอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Bruccar E. (1991) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (Darin J. et al., 2008) อาการที่ควรประเมิน มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วยอาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

3. รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

4. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ กรณีผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนให้ประชุมปรึกษาหารือขอคำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม (Family meeting) ทั้งมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5. ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามระดับคะแนน PPSv2 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPSv2 70% - 100% พยาบาลให้การดูแลเพื่อลดความไม่สุขสบายต่างๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษา

ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPSv2 40% - 60% การพยาบาลสำหรับระยะนี้ ก็คือต้องประสานทีมสหสาขาวิชาชีพครอบครัวเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลร่วมกัน มีเป้าหมายเดียวกันคือ ช่วยลดความปวด ความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ยังมีชีวิต เตรียมพร้อมสู่ระยะสุดท้าย

ระยะที่ 3 ระยะวาระสุดท้าย (End-of-Life) คะแนน PPSv2 0% - 30 % พยาบาลและทีมสหสาขาช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญความตายอย่างสันติด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ครอบครัว / ญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วย สามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างดีหลังการสูญเสีย โดยมีแนวทางการดูแลในระยะนี้ ดังนี้

#### 1) การประเมินการจัดการกับโรค (Disease Management Assessment)

1.1) ทบทวน Chart ของผู้ป่วย, การให้ยา การวางแผนการดูแล

1.2) ให้ข้อมูล, ข้อตกลงและการตั้งเป้าหมายในการดูแลตอบสนองความต้องการร่วมกันกับผู้ป่วย / ญาติในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติมี โอกาสเลือกตามต้องการในเรื่องต่างๆ เช่น การจัดการสิ่งค้างคา, สถานที่ จะเสียชีวิต

1.3) ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

1.4) ปรึกษาญาติผู้ป่วยและแพทย์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน กรณีผู้ป่วยต้องการ

1.5) ประเมินซ้ำเรื่องความเหมาะสมการให้ยา ให้ออกซิเจนและสารน้ำ

#### 2) การประเมินด้านร่างกายและการดูแล (Physical Assessment & Care)

2.1) ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยและติดตามดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำของผู้ป่วย

2.2) ให้ผู้ป่วยจิบน้ำ หรือให้อาหารจำนวนน้อย ๆ เท่าที่ผู้ป่วยรับได้

2.3) ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยบ่อยๆ

2.4) ประเมินอาการเขียว (Cyanosis) และผิวหนังเป็นลาย (Mottling)

2.5) จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ที่นอน แสงไฟอุ่น

2.6) การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมเท่าที่ทำได้ เช่น พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

2.7) ประเมินการใช้ยาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย

- 3) ประเมินการดูแลด้านจิตสังคมและการดูแล (Assessment of Psychosocial Care & Care)
  - 3.1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา
  - 3.2) ค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว
  - 3.4) ประเมินความเหนื่อยล้าและระดับความอดทนของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย
  - 3.5) อนุโลมให้ญาติอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
  - 3.6) จัดสิ่งแวดลอมให้สะอาด สงบ
  - 3.7) ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือบ้าน ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา
- 4) การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & Care)
  - 4.1) ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล
  - 4.2) ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว
  - 4.3) นำพระสงฆ์ พระภิกษุหรือผู้นำศาสนาเยี่ยมผู้ป่วยตามความปรารถนาของผู้ป่วย
- 5) การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ปฏิบัติดังนี้
  - 5.1) ใช้เวลาอยู่เคียงข้างผู้ป่วย สัมผัสเยี่ยวยาด้วยหัวใจรัก ตรวจสอบอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยให้ข้อมูลที่เป็จริงในทิศทางเดียวกัน
  - 5.2) อธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แนะนำสมาชิกในครอบครัวอยู่ดูแลใกล้ชิดใช้เวลาอยู่เคียงข้างสัมผัสเยี่ยวยาผู้ป่วยด้วยหัวใจ การช่วยเหลืออื่นไหว จัดทำ และดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
  - 5.3) ใช้หลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจ ให้ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยจิตใจผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งดีงาม ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ปลอ่ยวางสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายดี สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ กล่าวคำอำลา
  - 5.4) จัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม เสนอให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว แต่งหน้าศพตามต้องการ
- 6) การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief Care) ปฏิบัติดังนี้
  - 6.1) ปรีกษาหรือกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องที่จะต้องทำต่อไปในอนาคต ช่วยให้ผู้ป่วยสบาย มีความสุข และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่
    - การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีดังนี้
      - 6.1.1) รายงานให้แพทย์รับทราบ และช่วยประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยให้ได้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย
      - 6.1.2) เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติตามพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
      - 6.1.3) เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์กล่าวคำไว้อาลัย เพื่อทำพิธีขอมาศพ
      - 6.1.4) เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว
      - 6.1.5) ถ้าญาติต้องการนำศพของผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ให้ช่วยติดต่อประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ญาติ

6.1.6) ดูแลความเครียดทางจิตใจของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่างๆ ของครอบครัวเมื่อเผชิญกับการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้ และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น

6.1.7) มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัว หลังจากเสร็จสิ้นงานศพ

6.2) ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected Patient Outcome)

6.2.1) ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ

6.2.2) ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

6.2.3) ผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาลหรือบ้าน ตามความปรารถนาของผู้ป่วย

6.2.4) ญาติพึงพอใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

7) การส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพหรือที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

7.1) การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family Education)

7.1.1) ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร

7.1.2) เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค

7.1.3) การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้

(1) การประเมินอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ

(2) การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา

(3) การบันทึกเรื่องยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานและติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียง

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

(4) วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล Ostomy

(5) วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

(6) ทบทวนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่อง

ปากของผู้ป่วย

(7) การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย

(8) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย

(9) การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคาสายยางให้อาหาร

(10) เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการ

เพิ่มมากขึ้น

(11) การทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลและจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

6. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

7. วางแผนจำหน่ายส่งต่อและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

หมายเหตุ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับรู้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย

สรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวนั้นมีมากมายหลากหลายแต่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยและช่วยครอบครัวให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขหลังสูญเสีย และควรมีมาตรฐานต่างๆดังกล่าวไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน รวมถึงแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการ การจัดการความเจ็บปวด มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวลความกลัวต่างๆ และมีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2552) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ยกระดับความสามารถ สร้างทัศนคติที่สัมพันธ์กับภารกิจในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่เพื่อการจากไปอย่างสงบ

### เอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ใบมอบหมายงาน
- Admission Data base
- PPSv2
- ESAS score
- Family meeting record
- Focus List
- Nurses's note



โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

SAINT LOUIS GENERAL HOSPITAL

27 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร 0-2675-5000 โทร 0-2675-5200

27 Soutn Sathon Rd., Yannawa Sathon Bangkok 10120 Tel(662)675-5000 Fax(662)675-5200,675-5300

### Admission Data base

ติดสติ๊กเกอร์

Nursing Unit Admission Data ( To be complete	
คำชี้แจง : ให้ทำสัญลักษณ์ ✓ ในช่องที่ท่านประเมินได้	
ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้บริกล่ามหรือไม่	
<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ : ถ้าต้องการ <input type="radio"/> สำมภาษาต่างประเทศ ติดตอ..... <input type="radio"/> ผู้แปลภาษามือ <input type="radio"/> อื่นๆ.....	
Admitted From <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> ศูนย์/สถาบัน/คลินิก..... เวลา..... <input type="checkbox"/> Refer จาก ร.พ.....	
<input type="checkbox"/> รับย้ายครั้ง 1 จาก..... วัน/เวลา..... <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2 จาก..... วัน/เวลา..... <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 3 จาก..... วัน/เวลา.....	
แพทย์เจ้าของไข้..... Consultant.....	
Contact Person : 1. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....	
2. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....	
Method of Admission : <input type="checkbox"/> เดินได้ <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> รถนอน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
Nursing Unit Arrival : ห้อง..... วันที่..... เวลา..... <input type="checkbox"/> ป้ายข้อมือ/ป้ายชื่อเท้า <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี	
Vital sign : OPD ; Temp ..... Pulse..... Resp..... Blood Pressure..... O <sub>2</sub> Sat..... Time.....	
IPD ; Temp ..... Pulse..... Resp..... Blood Pressure..... O <sub>2</sub> Sat..... Time.....	
SIRS Assessment <input type="checkbox"/> Temp. ≥ 38°C หรือ ≤ 36°C <input type="checkbox"/> RR > 20 bpm หรือ PaCO <sub>2</sub> < 32 mmHg <input type="checkbox"/> HR > 90/bpm	
<input type="checkbox"/> WBC > 12,000 หรือ < 4,000 หรือ Band Neutrophil > 10%	
หมายเหตุ : กรณีประเมินได้มากกว่า 2 ข้อ ให้ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน SOS	
Height : ..... cms.    Weight : ..... kgs. <input type="checkbox"/> ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก : ระบุสาเหตุที่ไม่ชั่งน้ำหนัก.....	
Admission Diagnosis : ..... Final diagnosis:.....	
Chief Complaint	
.....	
Present illness	
.....	
.....	
Operation Procedure	
.....	
Patient History	
Allergies : ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้ tape แพ้ iodine แพ้ latex เป็นต้น	
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ <input type="checkbox"/> มี (ให้ระบุเพิ่มเติม).....	
Medication Reconciliation : ( ยาปัจจุบันที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ รวมถึงยาสมุนไพร อากาศเสริมที่รับประทานเป็นประจำ)	
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ; <input type="radio"/> ไม่ได้นำมา <input type="radio"/> อยู่ที่ยาดี <input type="radio"/> ให้ไว้ที่หอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....	
หมายเหตุ : หากมีประวัติยาเดิมให้ระบุใน Medication Reconciliation Report	

Addictive Substance	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> ใช้	จำนวน.....	ใช้มานาน.....	ครั้งสุดท้ายที่ใช้.....
Orientation to Environment :	<input type="checkbox"/> นโยบายไม่สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> กริ่งเรียกจากเตียงนอน/ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> อธิบายผู้ป่วย/ญาติเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> ของใช้ในห้องพักผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การคิดค่าใช้จ่ายต่างๆ <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> ช่องความรู้ใน TV <input type="checkbox"/> คำแนะนำอื่นๆ.....				
Belongings Accompanying Patient Upon Admission:	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ของมีค่า (ระบุในสมุดบันทึกประจำหน่วยงาน) <input type="checkbox"/> แว่นตา <input type="checkbox"/> Contact lens : Lt / Rt. <input type="checkbox"/> ฟันปลอม Complete/Upper/lower <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง : Lt / Rt. <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....				
ผู้ให้ข้อมูล	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ครอบครัว <input type="checkbox"/> ประวัติเดิม <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....				
ประเมิน : (ชื่อ-นามสกุล)	1..... วัน เดือน ปี..... เวลา..... 2..... วัน เดือน ปี..... เวลา.....				
Systems Review					
การมองเห็น :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตาบอด Lt./Rt. <input type="checkbox"/> ตาบอดสี Lt./Rt. <input type="checkbox"/> มองไม่ชัด <input type="checkbox"/> เห็นภาพซ้อน <input type="checkbox"/> ต้อหิน/ต้อกระจก Lt./Rt. <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.1
หู :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> หูหนวก Lt./Rt. <input type="checkbox"/> เสียงอื้อในหูหรือเสียงก้อง Lt./Rt. <input type="checkbox"/> สารคัดหลัง/ซีหู สี..... Lt./Rt. <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.2
จมูก :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> คัดจมูก <input type="checkbox"/> มีปัญหาเกี่ยวกับโพรงจมูก <input type="checkbox"/> จมูกบานจากการหายใจหอบ <input type="checkbox"/> มีเลือดออกจากจมูก <input type="checkbox"/> สารคัดหลัง/น้ำมูก สี..... Lt./Rt. <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.3
ริมฝีปาก :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ริมฝีปากแห้ง <input type="checkbox"/> ริมฝีปากชุ่มชื้น <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก <input type="checkbox"/> เลือดออกที่เหงือก <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.4
คอและภายในคอ :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> เสียงแหบ <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> คอแข็ง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.5
ระบบประสาท :	<input type="checkbox"/> การรับรู้ เวลา สถานที่บุคคล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... ระดับความรู้สึกตัว : <input type="checkbox"/> รู้ตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สีกตัว(ตอบสนองต่อการกระตุ้น) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สีกตัว(ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น) การพูด : <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พูดติดๆขัดๆ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยรับรู้แต่พูดไม่ออก <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ หรือไม่สามารถเข้าใจคำพูดได้				<input type="checkbox"/> F.6
ทางเดินหายใจ :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หยุดหายใจเป็นระยะ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... สารคัดหลัง/เสมหะ : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี : <input type="radio"/> ใส <input type="radio"/> สีขาว <input type="radio"/> สีเหลือง <input type="radio"/> สีน้ำตาล <input type="radio"/> มีเลือดปน				<input type="checkbox"/> F.7
ระบบหัวใจและหลอดเลือด :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> แน่น/เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นเร็ว <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นช้า <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นผิดจังหวะ <input type="checkbox"/> ขาบวม <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องช่วยกระตุ้นการเต้นของหัวใจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.8
ระบบทางเดินอาหาร :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> Colostomy ถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้าย วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> มีเลือดปน <input type="checkbox"/> สีดำ <input type="checkbox"/> ยางมะตอย <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.9
ระบบปัสสาวะ :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> สารคัดหลัง/หนองใน/ตกขาว <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> ปัสสาวะมีเลือดปน <input type="checkbox"/> ปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน <input type="checkbox"/> ปัสสาวะกระปริดกระปรอย, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... Foley's Cath No..... ใส่ Foley's Cath ตั้งแต่วันที่...../...../.....				<input type="checkbox"/> F.10
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ :	แขน-ขา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ขา Lt./Rt. <input type="checkbox"/> อ่อนแรง <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ/พิการกระดูกหัก Lt./Rt. <input type="checkbox"/> รู้สึกปวดคล้ายหนามแทง Lt./Rt. <input type="checkbox"/> แขน,ขา ลีบ Lt./Rt. <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ข้อติด <input type="checkbox"/> อักเสบ <input type="checkbox"/> มีการเปลี่ยนข้อ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.11
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ :	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตกขาว <input type="checkbox"/> คันช่องคลอด <input type="checkbox"/> เลือดออกทางช่องคลอด <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์: <input type="radio"/> ครรภ์..... <input type="radio"/> สปีดาร์ <input type="checkbox"/> คุมกำเนิด วิธี.....    ประวัติประจำเดือน : <input type="radio"/> LMP...../...../..... <input type="radio"/> หมดประจำเดือน <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างกรให้นมบุตร    ประวัติตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ <input type="radio"/> ตรวจล่าสุด.....ผล..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> F.12

3	การทำกิจกรรม	ปกติ	เดินระยะสั้น ต้องพยุง	ทรงตัวไม่อยู่ใช้รถเข็น	อยู่บนเตียงตลอด	
4	การเคลื่อนไหว	ปกติ	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	เปลี่ยนท่าเองได้น้อย	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	
5	การได้รับอาหาร	ปกติ	Feed ได้หมด > 1/2 ถาด	Feed ได้บ้าง - 1/2 ถาด	Feed รับไม่ได้/NPO/ กินได้ < 1/3 ถาด	
6	การเสียดสี	-	ไม่มีปัญหา	เวลานั่งเลื่อนไกล	ข้อ กล้ามเนื้อหดเกร็ง	
Total						

SCORE :  $\leq 14$  คะแนน = มีความเสี่ยงปานกลาง - สูง ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทุกวัน เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

15 - 18 = มีความเสี่ยงต่ำ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ได้รับการติดตามประเมินความเสี่ยงเป็นระยะๆ

บาดแผล :  ไม่มี  มี :  ถลอก  แผลลึกขาด (ระบุตำแหน่ง/ลักษณะแผล/ขนาด).....  F.

14

#### Functional Assessment ( Activity of Daily Living )

การประเมิน	ทำได้ทั้งหมด ( 0 )	ทำได้บ้าง ( 1 )	ไม่สามารถทำได้เองเลย	<input type="checkbox"/> F.16
การรับประทานอาหาร				
การขับถ่าย				
การดูแลทำความสะอาดร่างกาย				
การเคลื่อนย้าย				
การเดิน				

คะแนนรวม = ..... (คะแนน  $\geq 1$  ให้นำไปวางแผนการพยาบาล )

อุปกรณ์พิเศษ :  None  Walking  Wheelchair  Cane  Crutches  Prosthesis

Other.....

หมายเหตุ : กรณีเป็นผู้ป่วยเด็กให้ประเมิน Activity of Daily Living เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย

เหมาะสม  ไม่เหมาะสม

#### Fall Risk Assessment ( MORSE FALL SCALE )

Risk factor	Scale	Score	คะแนนที่ได้	<input type="checkbox"/> F.
1.History of falling : immediate or within 3 months	No	0		
	Yes	25		
2.Secondary diagnosis	No	0		
	Yes	15		
3.Ambulatory aid	Bed rest /nurse assist	0		
	Crutches / cane / walker	15		
	Furniture	30		
4.IV / Heparin Lock	No	0		
	Yes	20		
5.Gait / Transferring	Normal / bed rest / immobile	0		
	Weak	10		
	impaired	20		
6.Mental status	Oriented to own ability	0		
	Forgets Limitations	15		

17

หมายเหตุ: เด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้แบบประเมิน HUMOTY Dumpty Fall Scale

Pain Assessment

**PAIN MEASUREMENT SCALE**

0 NO PAIN (Smiling face)  
2 HURTS LITTLE BIT (Slightly smiling face)  
4 HURTS LITTLE MORE (Neutral face)  
6 HURTS EVEN MORE (Frowning face)  
8 HURTS WHOLE LOT (Very frowning face)  
10 HURTS WORST (Crying face)

No pain 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Pain imaginable

ไม่ปวด     ปวด : คะแนนความเจ็บปวด.....

ตำแหน่ง.....ระยะเวลา.....

วิธีการบรรเทาอาการเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้  ให้ยา     ไม่ให้ยา    ระบุ.....

ลักษณะความเจ็บปวด  ปวดแปล็บ     ปวดตื้อ     ปวดแสบ     ปวดบีบ

ไม่สามารถระบุลักษณะการปวดได้  อื่นๆ.....

ความถี่ของความเจ็บปวด  ปวดต่อเนื่อง     ปวดเป็นระยะ

F. 18

Nutritional Risk Screening ( Initial Screening )

No	Item	Yes	No
1	น้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัมในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา		
2	มีความอยากอาหารลดลง หรือ งดน้ำ งดอาหารมากกว่า 5 วัน		
3	มีอาการคลื่นหรือเคี้ยวลำบาก		
4	มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย มากกว่า 5 วัน		
5	ปัจจุบันได้รับอาหารทางสายยาง หรือ total parenteral nutrition ( TPN ) ทางหลอดเลือด		
6	ควรได้รับอาหารเฉพาะโดยพยาบาลประเมินจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยเป็นหลัก		
	<input type="radio"/> อาหารไขมันต่ำ		
	<input type="radio"/> อาหารโปรตีนต่ำ		
	<input type="radio"/> อาหารน้ำตาลต่ำ อาหารเบาหวาน		
	<input type="radio"/> ไม่ได้มีเกลือต่ำ		
	<input type="radio"/> อาหารโปรแตสเซียมต่ำ		
	<input type="radio"/> อาหารพิเศษอื่นๆ อาหารเฉพาะโรคอื่นๆ: ระบุ.....		

F. 19

หมายเหตุ: กรณีพบปัญหา /ข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ขอข้อมูลหนึ่ง ให้รายงานแพทย์รับทราบ  รายงานแพทย์  ไม่รายงานแพทย์ ระบุ.....

Feeding:  Self     Assisted     NG/OG No..... วันที่ใส่/เปลี่ยน 1.....2.....3.....4.....5.....

Gastrostomy tube No. .... วันที่ใส่.....  Jejunostomy tube No. .... วันที่ใส่.....  Parenteral Nutrition

Psychological Social and Spiritual Screening

1. Psychological

ก. ภาวะอารมณ์:  วิตกกังวล     ซึมเศร้า     กลัว     ท้อแท้     สูญเสีย     เสรีใจ     สูญเสียพลังอำนาจ

แยกตัวออกจากสังคม     อื่นๆ.....

ข. ปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด  ไม่มี     มี: ระบุ.....  ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจาก.....

แบบประเมินความเครียด ( ST-5 ) คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับเครียดของผู้ป่วยมากที่สุด

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี    คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง    คะแนน 2 หมายถึง ปกติ    คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 - 4 สัปดาห์	Level				Score	Action
		0	1	2	3		
						ระดับ 1    0 - 4	= รู้สึกเครียดเล็กน้อย

F. 20

ผู้ป่วยเคยมีประวัติการทำร้ายตนเอง  ไม่เคย  เคย \* : ระบุการวินิจฉัย.....  
 \*ถ้าเคยมีประวัติทำร้ายร่างกายรายงานแพทย์รับทราบ :  รายงานแพทย์  ไม่รายงานแพทย์ ระบุ.....

Psychological Social and Spiritual Screening

2. Socio – economy  
 ก. สัมพันธภาพในครอบครัว  
 ราบรื่น ช่วยเหลือกันดี  ชัดแย้ง ต่างคน ต่างอยู่  อื่นๆ(ระบุ).....  
 ข. ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว  
 ไม่มี  มี : ระบุ.....

3. Spiritual  
 ก. สิ่งยึดเหนี่ยว หรือเสริมสร้างพลังใจให้ผู้ป่วย  
 - ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย  ไม่มี  มี : ระบุ.....  
 - สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในขณะที่เจ็บป่วย  ไม่มี  มี : ระบุ.....  
 - ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา  ไม่มี  มี : ระบุ.....  
 - ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับความรู้อีกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ  ไม่มี  มี : ระบุ.....  
 ข. ความคาดหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้  
 ต้องการหายจากโรค ( Curative care )  
 ต้องการบรรเทาอาการ ( Chronic care )  
 ต้องการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ( Palliative care )  
 \*กรณีผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ให้ตามทีม Palliative care  
 ค. ผู้ป่วยมีหนังสือแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดชีวิตการตาย ( Living will )  
 ไม่มี  มี  
 \*หากมีหนังสือแสดงเจตจำนงให้สำเนาเอกสารไว้ที่ OPD และ IPD

Health Education and Discharge Planning

การประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเรียนรู้ คำแนะนำเพื่อเตรียมกลับบ้านและประเมินความพร้อมในการเรียนรู้  
 ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ควรได้รับข้อมูลในประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม

รายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรค  การชื่อยา  กิจกรรม  อาหาร  อุปกรณ์การแพทย์  การปฏิบัติตัวก่อน/หลัง/ ทำหัตถการผ่าตัด  
 การจัดการความปวด  การดูแลตนเองที่บ้าน  อื่นๆ.....

ผู้ดูแลผู้ป่วย

1..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....  
 2..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....  
 3..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....  
 4..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

อุปสรรคที่มีผลต่อการวางแผนจำหน่าย  ไม่มี  มี ; ระบุ.....  
 การวางแผนเพื่อกลับบ้านแบ่งเป็น 3 ประเภท  กลับบ้านได้ โดยได้รับแผนการรักษาต่อและคำแนะนำ  กลับบ้านได้ แต่อาจต้องได้รับการดูแลโดย

F.21

## Palliative Performance scale version 2 (PPS v2)

PPS Level	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	กิจกรรมและความรุนแรงของโรค	การดูแลตนเอง	การกินอาหาร	ความรู้สึกตัว
100%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ไม่มีโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
90%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ เริ่มมีหลักฐานของตัวโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
80%	ปกติ	ทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ต้องใช้ความพยายาม เริ่มมีหลักฐานของตัวโรค	ปกติ	ปกติ หรือ ลดลง	ปกติ
70%	ลดลงกว่าปกติ	ไม่สามารถทำงานตามปกติ ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ปกติ	ปกติ หรือ ลดลง	ปกติ
60%	ลดลงกว่าปกติ	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้าน ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ บางครั้ง	ปกติ หรือ ลดลง	ปกติหรือสับสน
50%	ส่วนใหญ่นั่ง/นอน	ไม่สามารถทำงานใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	ปกติหรือสับสน
40%	ส่วนใหญ่นอน	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ เกือบทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	ปกติหรือง่วงซึม +/- สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือง่วงซึม +/- สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ลดลงมากหรือเพียง จิบน้ำ	ปกติหรือง่วงซึม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ไม่กินหรือดื่มน้ำเลย	ง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น +/- สับสน
0%	เสียชีวิต				

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ - หมายถึง ไม่มีอาการ

## วิธีการใช้ PPS

- ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวาง จากซ้ายไปขวา
- เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอสัมพันธ์ไป คอสัมพันธ์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่า ไม่สามารถให้คะแนนในคอสัมพันธ์ถัดไปสูงขึ้นไปกว่านี้ได้ เช่นถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหวเป็น 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40% ก็ให้คะแนนตามช่องซ้ายสุดเท่านั้น
- ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมที่สุด

ประเมินครั้งที่ 1 วันที่.....PPS Level = .....% แจ้งทีม Palliative care .....ไม่ใช่ .....ใช่

ประเมินครั้งที่ 2 วันที่.....PPS Level = .....% แจ้งทีม Palliative care .....ไม่ใช่ .....ใช่

ประเมินครั้งที่ 3 วันที่.....PPS Level = .....% แจ้งทีม Palliative care .....ไม่ใช่ .....ใช่

ประเมินครั้งที่ 4 วันที่.....PPS Level = .....% แจ้งทีม Palliative care .....ไม่ใช่ .....ใช่

## ESAS score

ครั้งที่ประเมิน.....

วันที่เริ่มมีอาการ.....

แบบประเมินความทุกข์ทรมาน อาการปวด อาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System: ESAS

(Bruera E,1991)

<u>ไม่มีอาการปวด</u>											<u>มีอาการปวดรุนแรงที่สุด</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(กรณาระบุตำแหน่งที่ปวด.....)																					
<u>ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย</u>											<u>มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	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	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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึม</u>											<u>มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึมมากที่สุด</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	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	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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>ปัญหาอื่นๆ ได้แก่</u>											<u>(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## แบบประเมินอาการผู้ป่วยแบบระดับประคอง Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆที่มี ประกอบด้วย การประเมินอาการรบกวนต่างๆ 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

**คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ ESAS;**ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือทีมที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้น และนำไปสู่การวินิจฉัย สาเหตุของปัญหาต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย

- การประเมินให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน (ในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินเองไม่ได้) และให้ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้ทั้งจากตัว โรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล และ ภาวะความสุขสบายกายและใจ

- ภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และ อาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จาก การสังเกตภายนอก

- นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลขจาก 0-10 แล้ว หากเป็นไปได้แนะนำให้ ผู้ประเมิน ถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ ได้ข้อมูลของการประเมินที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยบอก ว่าอาการปวดในขณะที่ประเมินเท่ากับ 10 ผู้ประเมินอาจจะถามเพิ่มว่าหลัง ได้รับยาแก้ปวดแล้ว อาการปวดลดลงหรือไม่และ อยู่ในระดับเท่าไร

- การให้คนไข้ที่มี Cognitive impairment ทำการประเมิน ESAS ควรจะถามคำถามต่างๆเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุก ครั้งเพื่อประเมินความน่า เชื่อถือของข้อมูล เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าปวดขณะที่ประเมินเท่ากับ 10 แต่พอ ผู้ประเมินถามว่าปวด 10 เป็นปวดมาก ปานกลาง หรือน้อย ผู้ป่วยกลับตอบว่าปวดน้อยก็อาจจะต้องสงสัยว่าscore ที่ได้จากESASน่าเชื่อถือ เพียงใด

- ESAS ยังสามารถเอามาใช้ในการตั้งเป้าหมายของการรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปวดในขณะที่เท่ากับ 10 ให้ลองถาม ผู้ป่วยว่าแล้วปวดลดลงมาเหลือเลขอะไรที่ผู้ป่วยคิดว่าอยู่ใน ระดับที่ผู้ป่วยพอใจหรือเป็นระดับที่ผู้ป่วยพอจะใช้ชีวิตได้ ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

- สาเหตุที่ต้องถามคำถามเหล่านี้ควบคู่เสมอ เพราะการประเมินอาการด้วย ESAS เป็น Subjective จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยที่ให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจจะไม่เท่ากันก็ได้

- หลังจากประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประเมินควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา



ครั้งที่.....

## Family Meeting record

วันที่ : ...../...../..... เวลา..... สถานที่.....

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....ห้อง.....

Diagnosis.....

## ผู้เข้าร่วมประชุม

1.แพทย์เจ้าของไข้.....

2.ทีมผู้เชี่ยวชาญ.....

3.พยาบาลเจ้าของไข้ / พยาบาลในหน่วยงาน.....

4.ผู้ป่วย.....

5.ญาติ.....เกี่ยวข้องกับ.....

6.ญาติ.....เกี่ยวข้องกับ.....

7.ญาติ.....เกี่ยวข้องกับ.....

8.ญาติ.....เกี่ยวข้องกับ.....

## เป้าหมายของการประชุม

.....

## ผู้มีอำนาจตัดสินใจเมื่อมีข้อตกลง

 ตัวผู้ป่วย  ผู้ที่ได้รับการมอบอำนาจ  พ่อแม่ / ผู้ปกครอง  อื่นๆ.....

## เนื้อหาโดยสรุป

ความต้องการของผู้ป่วย / ญาติสูงสุดในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาล

.....

.....

## ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการมารับการรักษาครั้งนี้

.....

.....

## เมื่อเข้าสู่ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตความต้องการบริการที่อยากให้ทางโรงพยาบาลจัดให้

.....

.....

.....

.....

ความต้องการอื่นๆได้แก่

- การได้รับการดูแลในระยะสุดท้าย (Hospice)     การเข้าไปอยู่ในสถานที่ดูแลระยะสุดท้าย  
 กลับไปอยู่บ้าน     การได้รับอุปกรณ์ช่วยชีวิต     ความต้องการคำปรึกษา  
 การให้ความรู้เพิ่มเติม     ความต้องการให้ช่วยโดยใช้เฉพาะยาเต็มที     อื่นๆ.....

ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมและสิ่งที่ต้องติดตาม

.....  
 .....

ความคิดเห็นของทีม ( ทีมสุขภาพหรือสหสาขาวิชาชีพ)

.....  
 .....

นัดประชุมครั้งต่อไป.....

### บทบาทและหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำ Family Meeting


ประกอบด้วย

1. แพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นแพทย์ประจำของโรงพยาบาลศูนย์/แพทย์ Consultantอย่างน้อย 1 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผนทางการรักษา/แพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยวิกฤต/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและการรักษา เป็นผู้ช่วยผู้ป่วยและญาติในการสำรวจความต้องการและเป้าหมายในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมที่สุด
2. ทีมจิตตถาภิบาล เป็นผู้ที่ให้ความบรรเทาใจแก่ผู้ป่วยและญาติตลอดจนเมื่อผู้ป่วยและญาติมีความทุกข์ใจ
3. พยาบาลในหน่วยงาน ได้แก่ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด รู้จักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี เป็นผู้ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความไว้วางใจในการดูแลที่ดีที่สุด บทบาทในการทำ Family Conferenceของพยาบาลในหน่วยงานจะเป็นผู้ที่คอยสังเกตอาการปฏิกิริยาอาการของผู้ป่วยและญาติที่แสดงออกตลอดการ Conference
4. พยาบาลระยะสุดท้าย ทำหน้าที่เป็นผู้จัดบันทึกและสรุปใจความสำคัญของการประชุม ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
5. ญาติ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด และมีอำนาจในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา อย่างน้อย 2 คน
6. ผู้ป่วย (ถ้ามี) ซึ่งอยู่ในสถานะที่ทรงสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีสิทธิอำนาจในการตัดสินใจการรักษาได้ด้วยตนเอง



Nurses's note

แบบบันทึกการพยาบาล ( 1 )



**SAINT LOUIS HOSPITAL. NURSE'S NOTE**

Name.....Ages.....

HN.....AN.....Ward.....Room.....

Date.....DR.....

DX.....P/O.....

**Braden Scale**

หัวข้อประเมิน	คะแนน				คะแนนที่ใส่
	1	2	3	4	
การรับรู้	ไม่ตอบสนอง	มี Pain Small	สัมผัสอาการ ไม่ได้ทุกครั้ง	ปกติ	
การพลิกตัว	พลิกตัวตลอดเวลา	เปลี่ยนท่า 1 ครั้ง/วัน	เปลี่ยนท่า 1 ครั้ง/วัน	ไม่พลิก	
การเคลื่อนไหว	อยู่บนเตียงตลอด	ทรงตัวไม่อยู่ชั่วขณะ	เดินระยะสั้น ต้องช่วย	ปกติ	
การเคลื่อนไหว	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	ปกติ	
การรับประทานอาหาร	-Feed ไม่ได้ -NPO -กินได้ <1/3 ถาด	-Feed ได้บ้าง -กินได้ >2/3 ถาด	-Feed ได้หมด -กินได้ >1/2 ถาด	ปกติ	
การเสียน้ำ	ขับถ่ายปกติ	เวลาถ่าย	ไม่มีปัญหา	-	

\* < 14 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง - สูง รวมคะแนน  
15 - 18 คะแนน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำ Nurse Signature

**Nursing Intervention**

Intervention	Time/Nurse signature			
Bath : Complete/Partial				
Mouth care				
Back care/postural drainage				
Shampooing				
Linen change : Complete/Partial				
Foley's Catheter care				
Ostomy care				
Diaper				
Enema				
Position changed : R/L/S				
ROM : Passive/Active				
Ambulation				
Bed rest / Absolute bed rest				
Suction				
Oxygen / Ventilator				
I.V. site / central line care				
ET-tube / Tracheostomy tube				
Dressing Change				
Sidrails up				
Feeding tube				
Eat with assist				
NPO				

**Intravenous Sites Care**

No. of I.V. line	1	2	3	4	5
Catheter site/No.					
Date/Time Start					
Date/Time Off					
Shift/time	M E N	M E N	M E N	M E N	M E N
Phlebitis scale Grade (No.sites/Grade)					
Nurse signature					

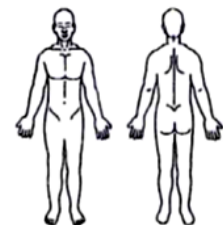
**Grade 0 :** No symptoms. **Action :** observe IV site and monitor

**Grade 1 :** Erythema at access site with or without pain. **Action :** re-site catheter and monitor

**Grade 2 :** Pain at access site with erythema and/or edema. **Action :** re-site catheter and cool pack and hot pack

**Grade 3 :** Pain at access site with erythema and/or edema, streak formation, palpable venous cord. **Action :** re-site catheter and consider treatment

**Grade 4 :** Pain at access site with erythema and/or edema, streak formation, palpable venous cord greater than one inch in length and purulent drainage. **Action :** initiate treatment /re-site catheter



1.-ET-tube/Tracheostomy tube 2.-Chest tube

3.-Occlusion 4.-Central line 5.-I.V. line 6.-Arterial line

7.-Pressure area / Wound 8.-Drain 9.-Colostomy

10.-Traction

**Daily fall risk assessment/ค่าคะแนน**

1	2	3
<input type="checkbox"/> อายุ > 70 ปี	<input type="checkbox"/> สับสน	<input type="checkbox"/> การรับรู้ การตัดสินใจที่ผิดปกติ(ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย)
<input type="checkbox"/> ไม่คุ้นเคยสภาพแวดล้อมใหม่หรือพัก	<input type="checkbox"/> วิงเวียน มึนงง เป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าทาง	<input type="checkbox"/> Fall ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
<input type="checkbox"/> มีประวัติการนอนไม่หลับ/หลับๆตื่นๆ	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้เนื่องจากข้อศอกขา	<input type="checkbox"/> ท้าทาย การเคลื่อนไหวผิดปกติ
<input type="checkbox"/> สูญเสียการได้ยิน การมองเห็น	<input type="checkbox"/> ใช้ยาในกลุ่มที่ต่อไปนี้ ---Psychotropic ---Diuretics ---Antihypertensive ---Anti-parkinson ---Opioids ---Hypnotics ---Cardiovascular ---Anxiolytic ---Laxative	<input type="checkbox"/> มีสภาวะอ่อนล้า ปัสสาวะไม่อยู่ <input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือ

Total risk score..... Fall risk rating.....Nurse Signature.....

คะแนน 0 - 4 = Low fall risk (L):การปฏิบัติตาม Fall prevention for all patients

คะแนน 5 - 8 = Moderate fall risk (M):การปฏิบัติตาม Fall prevention for all patients

คะแนน > 9 = High fall risk (H):การปฏิบัติตาม Fall prevention for all patients





ภาคผนวก จ

ตารางคู่มือสำหรับวิทยากร



**ตารางคู่มือสำหรับวิทยากร**  
**เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**  
**ด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้**

**คำชี้แจง**

การวิจัยเรื่องผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการบูรณาการความรู้สองส่วนคือ 1) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ระบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้ชุดการเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

การพัฒนาชุดการเรียนรู้ เป็นการประยุกต์องค์ความรู้ด้านสื่อการสอนและวิธีการเรียน ให้เป็นระบบสื่อการเรียนและกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learner) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการศึกษาและปฏิบัติกิจกรรม ประกอบการสอนของวิทยากรในสาระสำคัญบางเรื่องโดยผู้สอนเป็นฝ่ายสนับสนุนช่วยเหลือ (Facilitator) และเสริมประสบการณ์เรียนรู้ให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ตามมาตรฐานสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้

ชุดการเรียนรู้ประกอบด้วยหน่วย 6 หน่วย คือหน่วยที่ 1 บทนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หน่วยที่ 2 แนวคิด หลักการ และระบบในการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวมโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หน่วยที่ 3 การประเมินผู้ป่วยและคัดสรรเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หน่วยที่ 4 การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน หน่วยที่ 5 ภาวะใกล้ตาย และการดูแลช่วงท้ายของชีวิต หน่วยที่ 6 กฎหมาย และจริยธรรมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการเรียนรู้ ในแต่ละหน่วยจะมีการประเมินผลโดยการใช้แบบประเมินสมรรถนะและการติดตามการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากการนิเทศปฏิบัติจริง อีกทั้งการประเมินสมรรถนะตนเอง

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ความพยายามในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดจนความร่วมมืออื่นด้วยหัวใจที่เปิดกว้างรับอนาคตสังคมผู้สูงวัย และสนองแผนยุทธศาสตร์องค์การเซนต์หลุยส์ในการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ยังมีชีวิต เฝ้ามองความตายอย่างสันติและลาจากโลกนี้ไปด้วยศรัทธาความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์

ชุดที่ 1 ระบบพยาบาลเจ้าของไข้				
วัตถุประสงค์	สังเขปเนื้อหาสาระ	Learning Module	กิจกรรมการฝึกอบรมและสื่อ	การประเมินผล
1. มีความรู้ความเข้าใจบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้	<p>1.1 ความเป็นมาของระบบพยาบาลเจ้าของไข้</p> <p>1.2 ระบบพยาบาลเจ้าของไข้</p> <p>1.3 การสร้างเสริมการตระหนักรู้และพัฒนาจิตเพื่อสามารถสร้างสุขให้กับตนเองและเผื่อแผ่ให้กับผู้อื่นได้เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในตน (Empowerment)</p>	<p>หน่วยที่ 1 บทนำ</p> <p>อ.ชะบา คำปัญญา</p> <p>*ระบบพยาบาลเจ้าของไข้</p> <p>*วิเคราะห์ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p>	<p>หน่วยที่ 1 (1 ชั่วโมง)</p> <p>1.บรรยายนำเรื่อง ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>2.อภิปรายกลุ่ม เรื่อง “ความคาดหวังต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้” และการเสริมสร้างพลังอำนาจในตน</p>	<p>แบบทดสอบความรู้เรื่องบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 10 ข้อ (Pre –Post test)</p>

ชุดที่ 2 สมรรถนะหลักของพยาบาลระยะสุดท้ายตามประกาศของสภาการพยาบาล ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง หลักสูตรต้นแบบ รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558

สมรรถนะหลักของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	สมรรถนะที่บูรณาการบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้	สังเขปเนื้อหาสาระ	กิจกรรมการฝึกอบรม	การประเมินผล
<p>สมรรถนะที่ 1</p> <p>การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>1.รับผิดชอบเป็นเจ้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว</p> <p>2.วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและมอบหมายหน้าที่ต่อเนืองตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย</p> <p>3.มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการดูแลระยะสุดท้าย</p> <p>4.ตัดสินใจเลือกเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลระยะสุดท้าย</p>	<p>หน่วยที่ 2</p> <p>เซอร์โยอันนา บุญทองมาก</p> <p>* แนวคิด หลักการ และระบบในการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวมโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง</p> <p>สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ถูกต้อง</p> <p>หน่วยที่ 3</p> <p>เซอร์โยอันนา บุญทองมาก</p> <p>*การประเมินผู้ป่วยและคัดสรรเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เช่น PPSv2, ESAS, Family meeting</p> <p>*กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว</p>	<p>หน่วยที่ 2 (1 ชั่วโมง)</p> <p>1. บรรยาย เรื่องแนวคิด หลักการ และระบบในการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวม(หนังสือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : คู่มือสำหรับประชาชน)</p> <p>หน่วยที่ 3 (1 ชั่วโมง)</p> <p>2. มอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 รายเป็นผู้ป่วยกรณีศึกษา (Case Study)</p> <p>3. Clinical conference เรื่อง “กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้”</p>	<p>แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวมจำนวน 10 ข้อ (Pre-Post test)</p> <p>ใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ถูกต้อง</p> <p>ใช้แบบประเมินผู้ป่วยและคัดสรรเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ถูกต้อง</p>

ชุดที่ 2 สมรรถนะหลักของพยาบาลระยะสุดท้ายตามประกาศของสภาการพยาบาล ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง หลักสูตรต้นแบบ รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 (ต่อ)

สมรรถนะหลักของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	สมรรถนะที่บูรณาการบทบาทพยาบาลเจ้าของใจ	สังเขปเนื้อหาสาระ	กิจกรรมการฝึกอบรม	การประเมินผล
<p>สมรรถนะที่ 2</p> <p>การจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p>	<p>1. ตัดสินใจเลือกหรือประยุกต์ใช้เครื่องมือการบรรเทาความปวดในการรักษาแผนปัจจุบันหรือการบำบัดทางเลือกผสมผสาน ในการบรรเทาปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p> <p>2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถจัดการความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานได้ด้วยตัวเอง</p>	<p>หน่วยที่ 4</p> <p>อ. น้ำผึ้ง ปรัชญาคุณ</p> <p>*การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p> <p>*การประเมินความปวดและอาการทุกข์ทรมานเครื่องมือประเมินความปวดและอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย</p> <p>*การจัดการความปวด การใช้ยาและไม่ใช้ยา การบริหารยาผลข้างเคียง การดูแลและ หลังใช้ยา โดยเฉพาะยากกลุ่ม Opioid</p> <p>*การไม่ใช้ยาและการบำบัดทางการพยาบาลในการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p>	<p>หน่วยที่ 4 (1 ชั่วโมง)</p> <p>1. บรรยายเรื่องการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p> <p>2. โจทย์ปัญหา (Scenario) หรือ ศึกษากรณีจากเพิ่มผู้ป่วย หรือปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เป็นกรณีศึกษา</p> <p>3. Case Conference เรื่อง “การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน”</p>	<p>แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวมจำนวน 10 ข้อ (Pre-Post test)</p>

ชุดที่ 2 สมรรถนะหลักของพยาบาลระยะสุดท้ายตามประกาศของสภาการพยาบาล ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง หลักสูตรต้นแบบ รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 (ต่อ)

สมรรถนะหลักของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	สมรรถนะที่บูรณาการบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้	สังเขปเนื้อหาสาระ	กิจกรรมการฝึกอบรม	การประเมินผล
<p>สมรรถนะที่ 3 การดูแลในระยะใกล้ตาย</p> <p>สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย</p> <p>สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา</p>	<p>1. สามารถเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้เผชิญกับภาวะใกล้ตายอย่างสุขสงบ</p> <p>2. ประสานงาน จัดการการดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม</p> <p>3. ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อลดความเศร้าโศกให้สามารถปรับตัวกับความสูญเสีย</p> <p>4. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย การบอกข่าวร้ายการบอกความจริง</p> <p>5. ประสานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>หน่วยที่ 5</p> <p>คพ.โชคชัย คูรัตนสุวรรณ</p> <p>*ภาวะใกล้ตายและการดูแลช่วงท้ายของชีวิต การช่วยเหลือและการดูแลผู้ป่วยครอบครัวในระยะท้าย</p> <p>*ภาวะเศร้าโศก การสูญเสียการประเมินและการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับภาวะเศร้าโศก และสามารถปรับตัวได้</p> <p>*การสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้าย การประชุมครอบครัว</p> <p>*บทบาทของพยาบาลในการบอกข่าวร้ายและ ให้คำปรึกษาครอบครัว</p>	<p>หน่วยที่ 3 (1 ชั่วโมง)</p> <p>1. โจทย์ปัญหา (Scenario) หรือ ศึกษกรณีจากเพิ่มผู้ป่วย</p> <p>เรื่อง “แนวคิดการดูแลในระยะใกล้ตาย การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย การสื่อสารและการให้การปรึกษา”</p> <p>2. คู่มือทัศน เรื่อง WIT</p> <p>3. โจทย์ปัญหา (Scenario) หรือ ศึกษกรณี จาก เพิ่มผู้ป่วย แสดงบทบาทสมมติ (Role play) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ในประเด็น Dignity dying, Family conference, Counseling</p>	<p>แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลในระยะใกล้ตาย การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย การสื่อสารและการให้การปรึกษาจำนวน 10 ข้อ (Pre-Post test)</p> <p>ใช้แบบประเมินผู้ป่วยและคัดสรรเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ถูกต้อง</p>

ชุดที่ 2 สมรรถนะหลักของพยาบาลระยะสุดท้ายตามประกาศของสภาการพยาบาล ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง หลักสูตรต้นแบบ รับรองเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 (ต่อ)

สมรรถนะหลักของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	สมรรถนะที่บูรณาการบทบาทพยาบาลเจ้าของใจ	สังเขปเนื้อหาสาระ	กิจกรรมการฝึกอบรม	การประเมินผล
สมรรถนะที่ 6 จริยธรรมและกฎหมาย	1. การพยาบาลตามหลักจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	หน่วยที่ 6 เซอร์ โยอันนา นูญทองมาก *กฎหมายและจริยธรรมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	หน่วยที่ 6 (1 ชั่วโมง) 1. บรรยายโดยนักกฎหมาย 2. อภิปรายกลุ่มในประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แบบทดสอบความรู้เรื่องกฎหมายและจริยธรรม ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 ข้อ (Pre-Post test)

**กำหนดการอบรมวิชาการ**  
**เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้**  
**ณ. ห้องประชุมชั้น 8 อาคาร 100 ปีบารมีบุญ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์**  
**วันที่ 21 พฤศจิกายน 2560**

07.30 - 07.45 น.	ลงทะเบียน
07.45 - 08.00 น.	พิธีเปิดโครงการอบรม
08.00 - 09.00 น.	หน่วยที่ 1* ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อ. ชะบา คำปัญญา
09.00 - 10.00 น.	หน่วยที่ 2* แนวคิด หลักการ และระบบในการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวมโดย ใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เซอร์ โยอันนา บุญทองมาก
10.00 - 10.30 น.	พัก
10.30 - 11.15 น.	หน่วยที่ 3* การประเมินผู้ป่วยและคัดสรรเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประทับประคอง เซอร์ โยอันนา บุญทองมาก
11.15 - 12.00 น.	หน่วยที่ 4* การจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน อ. น้ำผึ้ง ปรัชญาคุณ
12.00 - 13.00 น.	อาหารเที่ยง
13.00 - 14.00 น.	หน่วยที่ 5* ภาวะใกล้ตายและการดูแลช่วงท้ายของชีวิต การช่วยเหลือและ การดูแลผู้ป่วย/ครอบครัวในระยะท้าย *ภาวะเศร้าโศก การสูญเสีย คพ. โชคชัย คุรัตน์สุวรรณ
14.00 - 15.00 น.	หน่วยที่ 6* กฎหมายและจริยธรรมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เซอร์ โยอันนา บุญทองมาก
15.00 - 16.00 น.	สรุป และ ประเมินผลการอบรม
หมายเหตุ	บริการอาหารว่าง ช่วงบ่ายเวลา 14.30 น. - 15.00 น.

ภาคผนวก ฉ

แบบสอบถามการวิจัย



## แบบสอบถามการวิจัย

### เรื่อง ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้

#### แบบวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงในช่อง  หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แหล่งข้อมูลการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด

#### ตอนที่ 2 แบบวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดยใช้แนวคิดของสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลเป็นสมรรถนะหลักและแนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้ของวัตต์และ โอเรียรี่ (Watts & O'Leary, 1980 อ้างใน ธีระชล สาทสิน) โดยสร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ได้แก่

1. ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	ข้อคำถามที่	1-9
2. ด้านการจัดการความปวดและอาการทุกข์ทรมาน	ข้อคำถามที่	1-6
3. ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย	ข้อคำถามที่	1-7
4. ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย	ข้อคำถามที่	1-6
5. ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา	ข้อคำถามที่	1-6
6. ด้านการจริยธรรมและกฎหมาย	ข้อคำถามที่	1-6

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการตอบแบบสอบถามครบทุกข้อค่ะ

### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา.....
3. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน.....
4. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....ปี
5. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี
6. แหล่งข้อมูลการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....
7. ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ครั้ง

### ตอนที่ 2 แบบวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ดังนั้น โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความสามารถในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านสามารถปฏิบัติได้ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ระดับคะแนนเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ให้ 5 ระดับ คือ มีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติได้มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติได้มาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติได้ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติได้น้อย	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติได้น้อยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

ข้อ	รายการสมรรถนะพยาบาลเจ้าของใช้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	<b>สมรรถนะที่ 1 ท่านสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว (Accountability , Continuity)</b>					
1.	มีอิสระในการวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว					
2.	รวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทางมาใช้ในการวางแผนการ พยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุม					
3.	กำหนดกิจกรรมในแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลและแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมองค์รวม					
4.	จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลผู้ป่วย					
5.	ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง เนื่องตลอด 24 ชม. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี					
6.	ปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และระดับ PPS V2 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
7.	มีอิสระในการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อ ให้ ได้ข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ อย่างครอบคลุม					
8.	มอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล ดูแลผู้ป่วยแทนท่านเมื่อ ท่านไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน					
9.	บันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ					
	<b>สมรรถนะที่ 2 ท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความปวด และอาการทุกข์ทรมาน (Advocacy, Coordination)</b>					
1.	รวบรวมข้อมูลจากหลายๆแหล่งมาวิเคราะห์เพื่อระบุอาการ ปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
2.	ใช้แบบประเมิน ESAS score อาการปวดและรบกวน ได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสม					
3.	เลือกความรู้จากศาสตร์และศิลป์ รวมทั้งนำเทคโนโลยีมา บูรณาการเพื่อจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆได้					

ข้อ	รายการสมรรถนะพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4.	ร่วมกับทีมสหสาขาจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
5.	วิเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จัดการความปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้					
6.	ติดตามประเมินผลอาการปวดและอาการรบกวนของผู้ป่วยเป็นระยะ					
	<b>สมรรถนะที่ 3 ท่านสามารถปฏิบัติการดูแลในระยะใกล้ตาย (Authority, Assertiveness, Communication, Collaboration, Coordination)</b>					
1.	ค้นหาปัญหาและช่วยผู้ป่วยในการจัดการสิ่งค้างคาและชำระล้างจิตใจให้สะอาดเพื่อการจากไปอย่างสงบ					
2.	อยู่กับครอบครัวและญาติผู้ป่วยเป็นระยะ อธิบายให้เข้าใจอาการระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อลดความกังวล					
3.	จัดบรรยากาศห้องผู้ป่วยให้สะอาด สงบ แสงสว่างเหมาะสม ทั้งอำนวยความสะดวกต่างๆแก่ครอบครัวผู้ป่วย					
4.	ปฏิบัติด้วยความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสุภาพ อ่อนโยนและเคารพในความเป็นบุคคล					
5.	มีอิสระและมั่นใจในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ยอมรับเมื่อเข้าสู่การตายของผู้ป่วย					
6.	ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการจัดเตรียมความพร้อมรับมือเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต					
7.	บันทึกปฏิบัติการดูแลในระยะใกล้ตายลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ					
	<b>สมรรถนะที่ 4 ท่านสามารถปฏิบัติการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย (Autonomy, Authority, Assertiveness, Communication, Coordination)</b>					
1.	ปลอบใจและให้กำลังใจญาติ/ ครอบครัวหลังการสูญเสียได้					

ข้อ	รายการสมรรถนะพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.	มั่นใจในการดูแลภาวะเศร้าโศก ทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูญเสียแก่ญาติ / ครอบครัวได้					
3.	อำนวยความสะดวกด้านต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและยึดหยุ่นระเบียบต่างๆให้เหมาะสม					
4.	แสดงความเคารพพออย่างให้เกิดริติ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์					
5.	ตอบสนองความต้องการของครอบครัวหลังการสูญเสียตามที่ต้องการอย่างเหมาะสม					
6.	บันทึกการดูแลในภาวะเศร้าโศกและสูญเสียลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ					
<b>สมรรถนะที่ 5 ท่านสามารถปฏิบัติสื่อสารและการให้การปรึกษา (Assertiveness, Autonomy, Authority, Communication, Commitment)</b>						
1.	เป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งมั่นใจในบทบาทผู้ประสานการประชุมปรึกษา					
2.	สื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับทีมรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ					
3.	มั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ					
4.	สร้างความคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไว้วางใจ					
5.	สรุปข้อคิดเห็นจากประชุมครอบครัวกับทีมสหสาขาเพื่อให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ					
6.	บันทึกการสื่อสารและการให้การปรึกษาลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอ					
<b>สมรรถนะที่ 6 ท่านสามารถปฏิบัติจริยธรรมและกฎหมาย (Advocacy, Assertiveness, Communication)</b>						

ข้อ	รายการสมรรถนะพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.	มีความรู้ความเข้าใจและสามารถอธิบายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาการตายได้					
2.	อธิบายเกี่ยวกับการยืดชีวิตและงดทำการกู้ชีวิตได้					
3.	คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
4.	เคารพสิทธิของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการตายของตนเอง					
5.	แสดงบทบาทของตนด้วยความเข้าใจ ในความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาที่ผู้ป่วยและญาติยึดถือ ทั้งสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสม					
6.	บันทึกแผนการพยาบาลเพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขา ครอบคลุมประเด็นกฎหมายและจริยธรรมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย					

ภาคผนวก ข

เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)029/2560

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- |                  |                                          |              |
|------------------|------------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. โครงร่างงานวิจัย                      | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | 2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล  | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | 3. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วย นางสาวจิราวรรณ บุญทองมาก นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละอียด แจ่มจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว และอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการนี้ สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่า นางวิไล ถวิลวิสาร ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยาณ ลือบุญราชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง: นางวิไล ถวิลวิสาร

ปบ

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตากรูณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น

Ubi Caritas, Ibi Deus Est



**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)029/2560

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างงานวิจัย จำนวน 1 ฉบับ  
2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ  
3. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวจิราวรรณ บุญทองมาก นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว และอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการนี้ สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวสุรีย์ ส้มมงคล ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง : นางสาวสุรีย์ ส้มมงคล

/ปบ

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณา อยู่ที่ได้ พระเจ้าสถิตที่นั่น

Ubi Caritas, Ibi Deus Est



## บันทึกข้อความ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ ว.บพ 28/053/2560

จาก รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วันที่ 21 มิถุนายน 2560

อ้างถึง -

### เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย ของนางสาวจิราวรรณ บุญทองมาก

ด้วย นางสาวจิราวรรณ บุญทองมาก นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจรรยาบรรณการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว และอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการนี้ สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีออนรุณวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

สำเนาเรียน : ดร.กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. หนังสือรับรองจรรยาบรรณการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ปบ

ภาคผนวก ข

เอกสารขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย  
และเอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/037/2560

6 กันยายน 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวจิรวรรณ บุญทองมาก นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว และอยู่ระหว่างการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ "แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้"

ในกรณีนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาแล้วเห็นว่าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวกับผู้ป่วยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปบ

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา  
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116  
โทรสาร 0 2675 5313

**เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/037/2560

20 กันยายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวจิรวรรณ บุญทองมาก นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2560 เลขที่รับรอง E.039/2560 และผ่านการทดลองใช้เครื่องมือแล้วได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.963

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิรวรรณ บุญทองมาก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปี ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในและแผนกสิริอายุ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 30 คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ สีนบุญรักษ์ชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปบ

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

**เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
Ubi Caritas, Ibi Deus Est

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจิรวรรณ บุญทองมาก
วัน เดือน ปี	22 มกราคม 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	
พ.ศ. 2549-2550	พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในชั้น 16 (ผู้ป่วยโรคมะเร็ง) โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
พ.ศ. 2551-2552	พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเซนต์แมรี
พ.ศ. 2553-2557	พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในชั้น 16 (ผู้ป่วยโรคมะเร็ง) โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ พยาบาลดูแลสุขภาพชุมชน เกาะคอนโดน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
พ.ศ. 2558-ปัจจุบัน	ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์