



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง



นันทวัฒน์ ภิญโญ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง "

ของ นันทวัฒน์ ภิญโญ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชกานต์ ทรงไทย)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
ผู้วิจัย	นันทวัฒน์ ภิญญา
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	พฤติกรรมการดูแล, การดูแลด้วยความเอื้ออาทร, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พยาบาลวิชาชีพ

บทคัดย่อ

การดูแลด้วยความเอื้ออาทรเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 113 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าความตรง (S-CVI) เท่ากับ .99 และ .96 และมีค่าความเที่ยง .92 (α) และ .94 (KR-20) ตามลำดับ เครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาดัดแปลง คือ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย มีค่าความตรง (S-CVI) เท่ากับ .94 และมีค่าความเที่ยง (α) เท่ากับ .79 ส่วนแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์เป็นเครื่องมือที่ยืมมาใช้ มีค่าความเที่ยง (α) เท่ากับ .93 การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สัมประสิทธิ์อันดับ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.06, S.D. = 0.32$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .414, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .381, p < .01$) ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($r = .432, p < .01$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($r = .468, p < .01$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย ($\beta = .341, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .178, p < .05$) ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($\beta = .192, p < .05$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .265, p < .01$) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ร้อยละ 39.4 (Adjusted $R^2 = .394, F = 19.217, p < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการอบรม พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เสริมสร้างทัศนคติที่ดี และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



Title	FACTORS INFLUENCING CARING BEHAVIORS FOR END OF LIFE PATIENTS OF REGISTERED NURSES IN A UNIVERSITY HOSPITAL
Author	Nuntawat Pinyo
Advisor	Assist.Prof. Dr. Uraiwan Chaichanawirote
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2024
Keywords	caring behaviors, caring, end of life patients, registered nurses

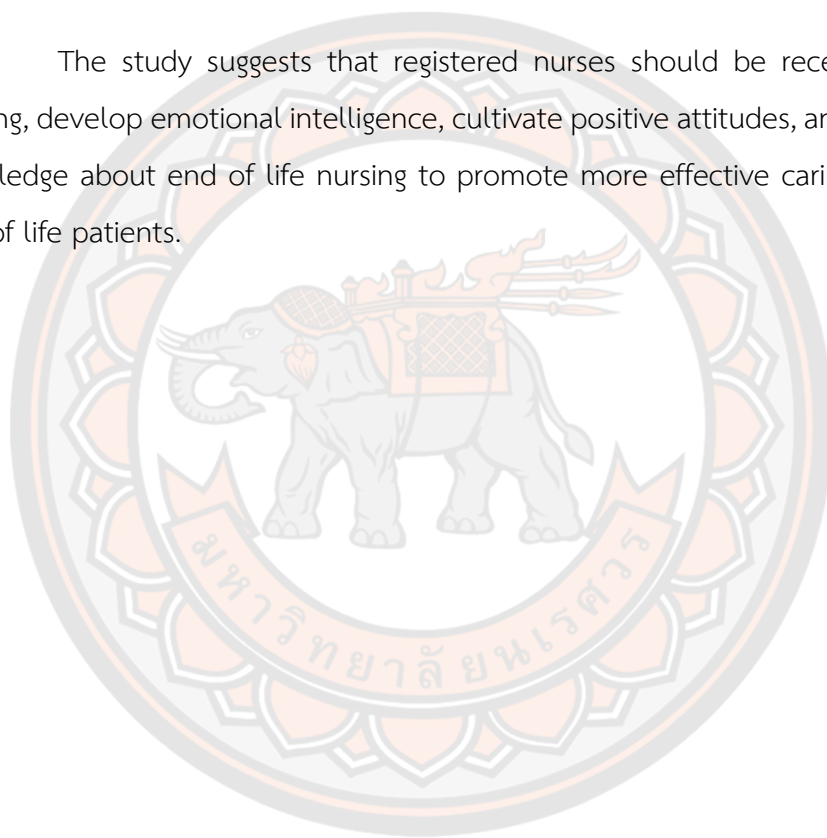
ABSTRACT

Caring is an essential part of nursing for end of life patients. Caring behaviors among registered nurses can be influenced by many factors. The purpose of this predictive correlational study was to examine factors influencing caring behaviors for end of life patients. The sample was 113 registered nurses working in a University Hospital. Data were collected using questionnaires, including a questionnaire on caring behaviors for end of life patients, and knowledge about end of life care questionnaire, which demonstrated content validity indices (S-CVI) of .99, and .96, and internal consistency reliability of .92 (α), and .94 (KR-20), respectively. The researcher adapted the attitudes toward death and dying patient questionnaire, which showed a content validity index (S-CVI) of .94, and internal consistency reliability (α) of .79. The emotional intelligence questionnaire, borrowed for this study, exhibited a reliability value (α) of .93. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, Spearman rank correlation coefficient, Eta coefficient, and multiple regression analysis.

The results showed that the participants had overall high levels of caring behaviors for end of life patients ($M = 4.06$, $S.D. = 0.32$). Factors significantly related to caring behaviors for end of life patients among registered nurses included end of life care training ($r = .414$, $p < .05$), knowledge about end of life care ($r = .381$, $p < .01$),

attitudes toward death and dying patient ($r = .432, p < .01$), and emotional intelligence ($r = .468, p < .01$). Factors significantly influence caring behaviors for end of life patients of registered nurses included end of life care training ($\beta = .341, p < .001$), knowledge of end of life care ($\beta = .178, p < .05$), attitudes toward death and dying patient ($\beta = .192, p < .05$), and emotional intelligence ($\beta = .265, p < .01$). These factors collectively explained 39.4 % of the variance in caring behavior for end of life patients (Adjusted $R^2 = .394, F = 19.217, p < .001$).

The study suggests that registered nurses should be receive appropriate training, develop emotional intelligence, cultivate positive attitudes, and enhance their knowledge about end of life nursing to promote more effective caring behaviors for end of life patients.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ ที่ได้ให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ตลอดช่วงเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งยังมีการผลักดันให้ผู้วิจัยแสดงศักยภาพในด้านต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจและเชื่อมั่นในความสามารถของผู้วิจัย ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ระหว่างการศึกษา อันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนากานานภาพ, รองศาสตราจารย์นันทา เล็กสวัสดิ์, และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง ซึ่งเป็นผู้สร้างแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ที่อนุญาตให้ตัดแปลงแบบสอบถามเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัชรภรณ์ ตาบุรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แสงหล้า พลนอก, และ ดร.สุกัญญา โปยนอก ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้ง 2 แห่ง ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทดสอบเครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และขอขอบคุณพยาบาลผู้ประสานงานที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ประสานงาน ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งขอขอบคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่ให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีและประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอบคุณเพื่อน ๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจและมีส่วนช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

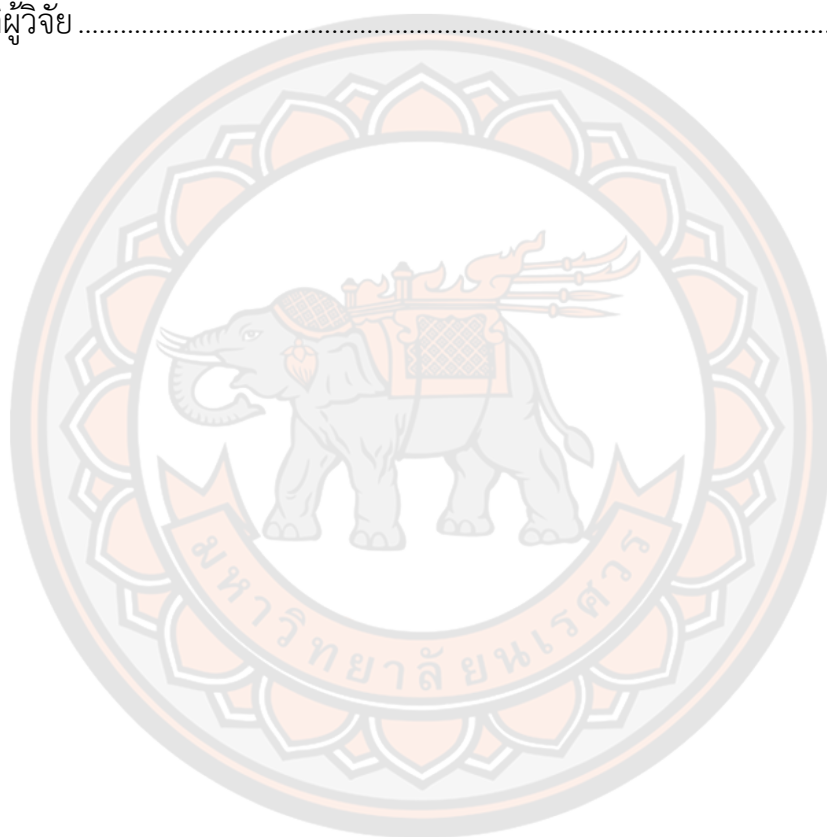
นันทวัฒน์ ภิญโญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	9
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	9
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	14
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	25
การดูแลด้วยความเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	48
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	66

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	69
ความฉลาดทางอารมณ์.....	74
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	83
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	83
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	84
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	90
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	91
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	92
การวิเคราะห์ข้อมูล	93
บทที่ 4 ผลการวิจัย	94
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	95
ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	97
ส่วนที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	98
ส่วนที่ 4 ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	99
ส่วนที่ 5 ระดับความฉลาดทางอารมณ์.....	100
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้อ อาทร.....	100
ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้อ	102
บทที่ 5 บทสรุป.....	104
สรุปผลการวิจัย.....	105

อภิปรายผล	106
ข้อจำกัดในการวิจัย	118
ข้อเสนอแนะ	118
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก.....	138
ประวัติผู้วิจัย	183



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	95
ตาราง 2 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำแนกเป็นโดยภาพรวม และเป็นรายด้าน	97
ตาราง 3 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน	98
ตาราง 4 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน	99
ตาราง 5 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับความฉลาดทางอารมณ์ จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน	100
ตาราง 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	101
ตาราง 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัว แปรเข้าทั้งหมด (Enter method)	103

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....82



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องเผชิญกับจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปิดเผยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี 2020 พบว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเอดส์ สำหรับประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีระบบจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ไม่ทราบถึงจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วทั้งประเทศได้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2563) แต่จากการสำรวจความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Point prevalence) โดยเครือข่ายดูแลระดับประเทศแห่งประเทศไทยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 18.7 โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 35.0 (Pairojkul et al., 2021) อีกทั้งจากจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2561-2565 ที่มีมากถึง 2,580,770 คน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคของระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 16.14, 14.55, และ 8.78 ตามลำดับ) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) จึงทำให้คาดคะเนได้ว่าประเทศไทยอาจมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีผู้ใดปรารถนา เนื่องจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ต้องพบกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2020) ครอบครัวต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และปัญหาสุขภาพจิต (Kobayakawa et al., 2017; Oechsle et al., 2019) และสังคมต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วง 6 เดือนก่อนเสียชีวิตประมาณ 58,219.77 บาทต่อคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2561) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนล้วนปรารถนาการตายอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประสบกับ

ความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางด้านร่างกายและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเข้าใกล้วาระสุดท้ายของชีวิต อาการรบกวนก็จะปรากฏและมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และอาการสับสน (บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561; Ijaopo et al., 2023; National Cancer Institute, 2024) นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น รู้สึกโกรธ ซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เครียด รู้สึกผิด กลัวความตาย กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก การให้ความหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป และการไม่ยอมรับต่อความตาย (บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561; พวงพยอม จุลพันธ์ และคณะ, 2563; Ijaopo et al., 2023; Sousa et al., 2021) ซึ่งอาการและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร นิลมานัต และกัลยา แซ่ซิด, 2561)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) เป็นการดูแลเพื่อขจัดสิ่งรบกวนที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Xia & Kongsuwan, 2020) โดยแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่า “เป็นแนวทางในการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต โดยเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล” โดยมีหลักสำคัญในการดูแลประกอบด้วย หลักการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต การจัดการกับอาการรบกวน การจัดการความปวด การบริหารยาทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ตลอดจนการส่งเสริมการตายดีและสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมาย (दारवारณ รองเมือง และคณะ, 2561) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลเป็นหนึ่งในสหสาขาวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทั่วไปพยาบาลได้นำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน พยาบาลให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานด้านเทคนิคมากกว่าการเอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้ป่วย (เยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ, 2563) อีกทั้งการศึกษาของนฤมล ศิริรัตน์พงศ์ธร และคณะ (2560) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ยังพบว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายในด้านร่างกาย ($M = 3.11, S.D. = 0.79$) มากกว่าด้านจิตใจ ($M = 3.06, S.D. = 0.79$) นอกจากนี้ พยาบาลบางส่วนยังมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความเฉยชา มีท่าทีห่างเหิน ขาดความนุ่มนวล พูดจาไม่ไพเราะ หงุดหงิด รวมทั้งนำเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผยมาพูดคุยกันอย่างสนุกสนาน และไม่สำรวมกิริยาเท่าที่ควร (เยาวเรศ ก้านมะลิ, 2556) ซึ่งตรงข้ามกับความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่คาดหวังว่าพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความห่วงใย มีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย มีความนุ่มนวลในการดูแล ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สุภาพ ไพเราะ ไม่ดูหรือตะคอก รวมทั้งมีการวางตัวอย่างเหมาะสม (เยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ, 2563) สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลต้องมีความเอื้ออาทรเป็นหลักธรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้วยความเอื้ออาทร (Caring) เป็นพื้นฐานการดูแลในรูปแบบหรือบริบทต่าง ๆ (Karlsson & Pennbrant, 2020) และเป็นรากฐานของการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลที่มีผู้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในด้านการปฏิบัติการ การศึกษา และการวิจัย (สินินุช ศิริวงษ์ และคณะ, 2560) โดยการดูแลด้วยความเอื้ออาทรเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือระหว่างบุคคลต่อสัตว์และสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมด้วยความรัก ความเมตตากรุณา ความเอาใจใส่ (จินตมาศ โภทศชื่นวิจิตร, 2556) ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเป็นการดูแลที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน โดยมีการใส่ใจต่ออารมณ์ ความรู้สึก ให้เคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง สีหน้าแวตตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วย (บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561) ตลอดจนการรับฟังอย่างตั้งใจ การเข้าใจผู้ป่วย และการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย (ดวงพร ปิยะคง และคณะ, 2563) โดยกระทำด้วยความเต็มใจ ด้วยใจที่เปิดกว้าง และปราศจากความคิดเชิงลบใด ๆ (Sundus & Younas, 2020) ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะทำให้พยาบาลได้รู้จัก เข้าใจ และรับรู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างแท้จริง ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัย รู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สามารถผ่านพ้นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นด้วยความสุขสงบ สามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม (กิตติกร นิลมานัต, 2555) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนครอบครัวสามารถเผชิญภาวะเศร้าโศกและความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม (ชุลีพร พรหมพาหุล และคณะ, 2565; บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561) การดูแลด้วยความเอื้ออาทรจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกันอย่างแพร่หลาย (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) เป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของวิชาชีพรعاية (Compton et al., 2018) และเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาจากนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษามากมาย (ปรีศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์, 2556) แต่แนวคิดที่ถูกนำมาใช้หรืออ้างถึงมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ซึ่งโรชได้อธิบายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่าเป็นวิถีของความเป็นมนุษย์ (Human mode of being) ลักษณะการดูแลด้วยความเอื้ออาทรนี้มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน มนุษย์จะมีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวคิดของโรชนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามคุณลักษณะ 6 ประการ ดังนี้ 1) ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการเข้าใจและเอาใจใส่ต่อความกลัว ความเศร้า โศก ความเสียใจ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากของเพื่อนมนุษย์ 2) ความสามารถ (Competence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนว่าบุคคลมีความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี 3) ความมั่นใจ (Confidence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการดูแล 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 5) ความมุ่งมั่น (Commitment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความตั้งใจ ความพยายาม และความอุทิศตนเพื่อการดูแลผู้ป่วย และ 6) ความประพฤติอย่างเหมาะสม (Comportment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่มีความเหมาะสมและให้เกียรติผู้ป่วย หากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณลักษณะการดูแลด้วยความเอื้ออาทรครบทั้ง 6 ประการข้างต้น พยาบาลก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถผ่านพ้นความทุกข์ทรมานด้วยความสุขสงบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพหลายการศึกษา ซึ่งจากผลการวิจัยเหล่านั้นพบว่า ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง เช่น การศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ของเดชทัต อัครนารักษ์ (2557) ที่มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของศศิวิมล ปานุราช (2560) ที่มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ของไทย ของชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง

แม้ว่าระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรแต่ละงานวิจัยในเชิงลึก พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรบางด้านในหลายการศึกษายังมีคะแนนที่ค่อนข้างต่ำ เช่น ความสามารถ (เตชทัต อัครนารักษ์, 2557) และความมุ่งมั่น (เตชทัต อัครนารักษ์, 2557; ศศิวิมล ปานุราช, 2560) อีกทั้งคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรบางพฤติกรรมยังมีคะแนนที่ต่ำ เช่น การรักษาคำสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ การมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและผลการวิจัยที่ผ่านมาเพื่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ (เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562) นอกจากนี้ยังมีพยาบาลบางคนที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยภาพรวมต่ำหรือค่อนข้างต่ำ (เตชทัต อัครนารักษ์, 2557; เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562; ศศิวิมล ปานุราช, 2560) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นทำให้ทราบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีความแตกต่างกันและยังคงต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล (ศศิวิมล ปานุราช, 2562) ระดับการศึกษา (Farmani et al., 2018) การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (จิรวัดน์ ประคองพันธ์, 2565) ความรู้ (เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562; ศศิวิมล ปานุราช, 2562) ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (เยาวรัตน์ มัชฌิม

และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562) โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ส่วนการได้รับการอบรมเตรียมความพร้อม (เดชทัต อัครณารักษ์, 2557; เขาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562) ทศนคติ (Abu Hasheesh et al., 2013; Zhao et al., 2024) ความฉลาดทางอารมณ์ (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) และบรรยากาศองค์กร (ศศิวิมล ปราณูราช, 2562) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง แม้ว่าผลการวิจัยที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลางซึ่งเกิดจากพฤติกรรมจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การวิจัยนี้จึงเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่ศึกษา และเป็นตัวแปรที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้ดีขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล คือ คุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคลซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ได้แก่ 1) อายุ โดยบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูงขึ้น ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น (รัตนภรณ์ แบ่งทิศ, 2562) 2) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ โดยระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มากขึ้นซึ่งมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ (ศศิวิมล ปราณูราช, 2562) ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น 3) การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพยาบาลมีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นจะทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสิ่งนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลด้วยความเอื้ออาทรที่เพิ่มขึ้นตามมา (อรพรรณ ไชยเพชร, 2551) และ 4) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการอบรมเป็นองค์ประกอบหลักที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Xia & Kongsuwan, 2020)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สั่งสมมาจากการศึกษา ค้นคว้า เรียนรู้ และประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เผชิญความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อนำความรู้ที่มีไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจอย่างรอบคอบ ทำให้สามารถเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างสมเหตุสมผล

และสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองเพิ่มขึ้น (Kiik et al., 2022) ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จากการศึกษาของ ศศิวิมล ปราณุราช (2562) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .208, p < .05$)

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อความตาย และผู้ป่วยใกล้ตาย มีทิศทางทั้งเชิงบวกและเชิงลบหรือเป็นกลางแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน อาจเป็นผลมาจากอายุ เพศ การศึกษาเกี่ยวกับความตาย ปรัชญาชีวิต ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งประสบการณ์ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ความตายในชีวิตประจำวัน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Cybulska et al., 2022) ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เนื่องจากทัศนคติเป็นแรงจูงใจที่ทำให้พยาบาลประเมินผลและแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทิศทางความรู้สึกของตน ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง ทัศนคติจึงเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ay & Öz, 2018; Chua & Shorey, 2021; Cybulska et al., 2022) จากการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) พบว่า ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .397, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอัปฐฮาซีช และคณะ (Abu Hasheesh et al., 2013) ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายของพยาบาลในเมืองอัมมาน ประเทศจอร์แดน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของจ้าว และคณะ (Zhao et al., 2024) ที่พบว่า ทัศนคติของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .391, p < .001$)

ความฉลาดทางอารมณ์ คือ ความสามารถของพยาบาลในการรู้ถึงความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถจัดการความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการของตนเอง เพื่อให้การดำเนินชีวิตครอบครัว การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เนื่องจากความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อความนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (ภูมิวรพล กุณฐา, 2563) พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการโดยตรง หากพยาบาลเป็นผู้มีความฉลาดทางอารมณ์แล้ว ย่อมสามารถเข้าใจและควบคุมอารมณ์ตนเอง และแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม (กุนนที พุ่มสงวน และกัลยา ไผ่เกาะ, 2557) รวมทั้งเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึก และความทุกข์ทรมานของ (Beauvais et al., 2017; Garcia, 2020) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล

สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมาย ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาของฮาร์ยานี และลูกมานูลฮาเคิม (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .419, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของไฮตายาติ และคณะ (Hidayati et al., 2017) ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลชาวมุสลิมในโรงพยาบาลในเมืองสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .01$)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 400 เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาวิชาทางการแพทย์ มีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีการให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยรักษาประชาชนอย่างครบวงจร และมีศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center) หลากหลายด้าน ทำให้ในแต่ละวันมีผู้ใช้บริการที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบมาใช้บริการเป็นจำนวนมากทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลใกล้เคียงทั้งผู้ป่วยโรคทั่วไปและผู้ป่วยโรคซับซ้อน รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมีจำนวนมาก จากสถิติข้อมูลในปี พ.ศ. 2556-2564 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลแห่งนี้มากถึง 122,067 คน มีจำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน 611,477 วัน เฉลี่ย 5 วันต่อคน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,680 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้จึงมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก ดังนั้น การมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพหลายการศึกษา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาก่อนหน้าหลายการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน และระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบในแต่ละการศึกษายังมีความแตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และบางการศึกษาศึกษาในพยาบาลจบใหม่เท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงกับพื้นที่วิจัยของการศึกษานี้ได้ นอกจากนี้ การศึกษาเหล่านั้นเป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ซึ่งจะทำให้ทราบเพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แต่ไม่ทราบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องนั้นสามารถทำนายพฤติกรรมได้จริงหรือไม่ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเมตตากรุณา และความเอื้ออาทร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกในช่วงสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2. อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะติดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร และได้รับการดูแลอย่างเข้าถึงจิตใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกในช่วงสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตตัวแปร ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

2. ขอบเขตประชากร ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ

3. ขอบเขตพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

4. ขอบเขตระยะเวลา การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากการบันทึกของแพทย์ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน หรือเพิ่มประวัติผู้ป่วย หรือจากการบอกด้วยวาจาของแพทย์

2. **พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร** หมายถึง การกระทำของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามคุณลักษณะ 6 ประการ ภายใต้แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ความเห็นอกเห็นใจ คือ การที่พยาบาลรับรู้และเอาใจใส่ต่อความกลัว ความเศร้า โศก ความเสียใจ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแสดงออกโดยการหมั่นค้นหาความต้องการของผู้ป่วย การรับฟัง การปลอบใจ การอยู่เคียงข้าง การไม่เร่งรัดหรือบีบบังคับผู้ป่วย และการช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ

2.2 ความสามารถ คือ การที่พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี โดยสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วย สามารถคาดการณ์อาการหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้

2.3 ความมั่นใจ คือ การที่พยาบาลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งด้านการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการดูแล

2.4 ความมีคุณธรรมจริยธรรม คือ การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย โดยดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค เข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างของความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ให้เกียรติและความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

2.5 ความมุ่งมั่น คือ การที่พยาบาลมีความตั้งใจ ความพยายาม และความอดสาหะที่จะอุทิศตนเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค โดยดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ รวมถึงการอุทิศตนในการศึกษาต่อเนื่องและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

2.6 ความประพฤติอย่างเหมาะสม คือ การกระทำของพยาบาลที่แสดงออกถึงความเหมาะสมขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแสดงออกผ่านพฤติกรรมดูแลที่นุ่มนวล สีหน้า แววตา ท่าทางที่เป็นมิตร น้ำเสียงนุ่มนวล การแต่งกายที่สุภาพ เรียบร้อย และภาษาที่ใช้สุภาพอ่อนโยน และสื่อถึงความห่วงใย

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรประเมินโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบนพื้นฐานแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาค้นคว้า เรียนรู้ และประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยประเมินจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

4. ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย โดยประเมินจากแบบสอบถามทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของทัศนมา มหานุภาพ และคณะ (2541)

5. ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการรู้ถึงความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถจัดการความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินชีวิตครอบครัว การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และประสบความสำเร็จ โดยประเมินจากแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต (2543)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ วารสาร บทความ รวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การดูแลด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. การดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
6. สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้วยความเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ความหมายของการดูแลด้วยความเอื้ออาทร
2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
5. เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

1. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย
2. เครื่องมือประเมินทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ความฉลาดทางอารมณ์

1. แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์
2. เครื่องมือประเมินความฉลาดทางอารมณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบไปด้วย ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

ฉันทชัย สิทธิพันธ์ (ม.ป.ป.) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่การรักษาเฉพาะไม่สามารถหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ และผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่นาน (มักประมาณว่าไม่เกิน 6 เดือน) และยักรวมถึงผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้

สันต์ หัตถรัตน์ (2544) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่หมดหวังที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นความทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

พรทวี ยอดมงคล (2556) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ (2556) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด

สมิธ และโบเนท (Smith & Bohnet, 1983) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค สามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน อาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม ๆ ได้และเสียชีวิตในที่สุด

เติร์ก และเฟลด์แมน (Turk & Feldman, 1992) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยลุกลามจนรักษาไม่หายแม้จะอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่เกิดการณได้

จอนเซน และคณะ (Jonsen et al., 2010) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ การดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่แยกลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคและเสียชีวิตในที่สุด ส่วนใหญ่พยากรณ์การมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

ฮุย และคณะ (Hui et al., 2014) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสภาพการเจ็บป่วยเป็นระยะลุกลามเรื้อรังซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายขาดได้ อยู่ในช่วงใกล้เสียชีวิต และมีระยะเวลาในการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน หรือน้อยกว่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าการดำเนินของโรคอยู่ในระยะท้าย ๆ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อวัยวะที่สำคัญของร่างกายสูญเสียหน้าที่การทำงานเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งอวัยวะเหล่านั้นไม่สามารถทำงานได้อีก ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

2. ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้มักก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

2.1 ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มสูญเสียหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่

2.1.1 ความปวด (Pain)

เป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์อันไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Raja et al., 2020) และเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง (ธีระพล สมหมายไชยา, 2563) ที่มีความชุกของความปวดมากถึงร้อยละ 50-90 (Broglia & Cole, 2008) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเมื่อความตายใกล้เข้ามาความปวดก็ยิ่งเพิ่มขึ้น (Weiss et al., 2001) ซึ่งความปวดในช่วงสุดท้ายของชีวิตมักเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดโรค โดยความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

อาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ (Sinha et al., 2023) ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นความปวดที่ครบถ้วน (Total pain) ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (Physical) จิตใจ และอารมณ์ในลักษณะของความวิตกกังวล (Anxiety) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) และการไม่ยอมรับความตาย (Non acceptance) เมื่อมีความปวดเกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลว่าจะไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ดีพอ ขณะเดียวกันความปวดยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยอาจกลัวการถูกทอดทิ้งหรือแยกตัวออกจากสังคม การสูญเสียสถานภาพทางสังคมอาจจะทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ การรับรู้ว่าคุณต้องเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับการคาดการณ์ถึงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความหวังและความศรัทธา ไม่ยอมรับความตาย ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

2.1.2 อาการหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea)

เป็นประสบการณ์ความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจไม่สะดวก หายใจติดขัด หายใจไม่เต็มปอด หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ผู้ป่วยต้องออกแรงหายใจมากกว่าปกติ รวมทั้งมีการหายใจทางจมูกและทางปากอย่างรุนแรง (Air hunger) (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2556) ซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นอีกอาการหนึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบในผู้ป่วยมะเร็งมากถึงร้อยละ 70-80 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการหายใจลำบากในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต และมีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 2 สัปดาห์สุดท้าย (Shreves & Pour, 2013) ซึ่งแพทย์ระบุว่าเป็นอาการที่น่ากังวลที่สุดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ross & Alexander, 2001a) โดยสาเหตุหลักของอาการหายใจลำบาก คือ ความผิดปกติของหัวใจและปอด และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตจางรุนแรง ผนังหน้าอกหรือช่องท้องมีความผิดปกติ ภาวะ Metabolic acidosis ความวิตกกังวล เป็นต้น (Cobbs et al., 2021) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากมักมีอาการกระสับกระส่าย ไม่สุขสบาย กระวนกระวาย สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

2.1.3 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ถึงความรู้สึกหมดแรง ล้าหรือเหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกายและความทนทานของร่างกายลดลง (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์ และคณะ, 2550) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักมีอาการเหนื่อยล้า (Marie Curie, 2021a) ซึ่งอาจเกิดจากความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับ (Cancer Council Australia, 2020) พยาธิสภาพของโรค หรืออาจเกิดจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไข้ เหนื่อยหอบ และนอนไม่หลับ (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์ และคณะ, 2550) ทำให้ผู้ป่วยไม่ขยับตัว

นอนนิ่ง ๆ บนเตียงเนื่องจากหมดแรง โดยอาการเหนื่อยล้าจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังเปลี่ยนผ่านจากระยะสุดท้ายเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ทำให้ร่างกายทรุดโทรมอย่างมากและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ross & Alexander, 2001b)

2.1.4 ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia)

ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้งมักไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคเอดส์ (Bruera, 1997) ซึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบภาวะเบื่ออาหารร้อยละ 30-80 ส่วนภาวะผอมแห้งพบร้อยละ 39-82 (Hopkinson, 2006) ภาวะเบื่ออาหารและการรับประทานอาหารได้น้อยลงในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้นและเป็นผลดีแก่ผู้ป่วย เพราะความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นจะทำให้มีสารคีโตน (Ketone) เพิ่มขึ้น ซึ่งสารนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ (ปราณี อ่อนศรี, 2557) อีกทั้งทำให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น (อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ, 2558) ผู้ป่วยไม่ได้มีความหิวอย่างที่ผู้อื่นเข้าใจ การฝืนให้อาหารจะทำให้มีผลเสียหลายประการ เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้ แต่สำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การยอมรับว่าการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่น้อยลงมักเป็นเรื่องยาก เพราะสิ่งนี้หมายถึงการยอมรับว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต (Cobbs et al., 2021; Ijaopo et al., 2023)

2.1.5 อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบได้ร้อยละ 50-60 ซึ่งผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 มักมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนระดับปานกลางถึงรุนแรงในสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต (Moorthy & Letizia, 2018) อาการคลื่นไส้เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก อุดมภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว ส่วนอาการอาเจียนเป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางครั้งอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2559) ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ เช่น เกิดจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษา โรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ กลิ่นและรสชาติที่ไม่พึงประสงค์ อาการท้องผูก ลำไส้อุดตัน (Crossroads Hospice, 2020) ตับโต มีน้ำในช่องท้อง การติดเชื้อ ความเครียดและความวิตกกังวล (Marie Curie, 2021b) เป็นต้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมแล้ว อาจทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น มีภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้น้อยลง และเปลี้ยไม่มีแรง เป็นต้น

2.1.6 อาการท้องผูก (Constipation)

อาการท้องผูก หมายถึง การถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมถึงภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระปริมาณน้อย อุจจาระแข็งแห้ง หรือการไม่มีอุจจาระ ซึ่งอาการที่พบในภาวะท้องผูก คือ มีความลำบากในการขับถ่ายอุจจาระและออกแรงเบ่งถ่ายมากกว่าปกติ รู้สึกแน่นออยากเบ่งถ่าย รู้สึกเหมือนถ่ายไม่หมด หรือท้องอืดหรือแข็งเกร็ง (จอณผะจง เพ็ญจาด, 2559) โดยอาการท้องผูกเป็นความไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 32-87 โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยอาการท้องผูกในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของโครงสร้างอวัยวะ การดื่มน้ำน้อย การรับประทานอาหารในปริมาณน้อย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำ และการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น (Larkin et al., 2008) ซึ่งอาการท้องผูกนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก เช่น ทำให้เกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะไม่ออก และอาการสับสนในระยะสุดท้าย เป็นต้น

2.1.7 อาการสับสน (Delirium)

เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอาการนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 25-85 (Ross & Alexander, 2001a) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการสับสนมักมีความบกพร่องด้านการรู้คิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัว ความสนใจ การรับรู้ การคิด การจำ การพูด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ ตามมา เช่น กระสับกระส่าย วิตกกังวล เศร้า หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน โกรธ หลงผิด ประสาทหลอน ความจำบกพร่อง คำพูดที่ไม่ต่อเนื่องกัน และวงจรการนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น (Breitbart & Strout, 2000) โดยผู้ป่วยที่มีอาการสับสนจะมีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและการรับรู้ในช่วงสั้น ๆ เกิดขึ้นทันทีทันใดและเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาของวัน มักเกิดขึ้นในช่วงกลางคืน (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ซึ่งอาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Agar, 2020) โดยสาเหตุทั่วไปของอาการสับสนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อ ใช้ภาวะขาดน้ำ และการขาดยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) หรือเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepines) เป็นต้น (National Cancer Institute, 2024; Ross & Alexander, 2001a) อาการสับสนที่เกิดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะนำมาสู่ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.2 ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตายมักมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้กลัวความตายโดยตัวของมันเอง แต่กลัวหรือกังวลกับขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่ความตาย ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวตายกลัวมาก คือ การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย กลัวความ

เจ็บปวด กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ โดยผู้ป่วยอาจแสดงออกโดยการโกรธ หงุดหงิด เสียใจ และซึมเศร้า จะมากขึ้นอยู่กับสภาพทางร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน (ปราณี อ่อนศรี, 2557) โดยความผิดปกติทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

2.2.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25-77 (Fine, 2001) และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับการฆ่าตัวตายและการเรียกร้องความตาย (Block, 2006) โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อาการทุกข์ทรมานทางกายโดยเฉพาะอาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ การนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความพิการ ผลจากโรคที่เป็น และผลจากยาที่ใช้ในการรักษา เป็นต้น (สุคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556) ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลเสียที่เกิดขึ้นอาจรวมถึงความสุขที่ลดลง หากภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น ความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ของบุคคลนั้นอาจถูกแทนที่ด้วยความปรารถนาที่จะรีบตาย (Taylor & Ashelford, 2008)

2.2.2 ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

เป็นการตอบสนองตามธรรมชาติต่อความเครียดในชีวิตซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางคนความวิตกกังวลอาจทำให้เกิดอาการทางร่างกายและอารมณ์ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Marie Curie, 2020) ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความวิตกกังวลจะแสดงออกในลักษณะของการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ตื่นตระหนก ตึงเครียด (Fine, 2001) ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย หน้ามืด มึนงง กลืนลำบาก ท้องอืดหรือท้องผูก หรือรู้สึกใจเสาะคล้ายเป็นบ้าถ้าควบคุมไม่ได้ เป็นต้น (วิโรจน์ ไววานิชกิจ และปทุมพร อภัยจิตต์, 2563) ซึ่งภาวะวิตกกังวลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3 ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ

การรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นเสมือนคำตัดสินประหารชีวิตที่คุกคามต่อความหมายและเป้าหมายชีวิตที่สร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งสามารถก้าวข้ามความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ และพบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในวาระสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้ ทำให้มีทุกข์ทรมานและเกิดภาวะวิกฤตทางจิตวิญญาณ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยว ไม่มีความสุข ร่างกายเจ็บปวด จิตใจเศร้าหมอง กลัวความตาย คุณค่าในตนเองลดลง เป็นต้น (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญปัญหาและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ ผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความต้องการด้านต่าง ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนล้วนปรารถนาการตายอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจาก ปัญหาและอาการรบกวนต่าง ๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความต้องการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลากหลาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคในระยะรุนแรง มีการลุกลามของโรคไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากอาการ รบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย (จอนณะจง เพ็งจาด, 2557) ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และอาการสับสน (บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561; Ijaopo et al., 2023; National Cancer Institute, 2024) ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วน สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจึงมีความต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ ช่วยจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ต้องการให้ตอบสนองปัญหาและ ความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย และการควบคุมอาการปวด โดยวางแผนการใช้เวลาดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและรบกวนเวลาผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ทั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความเข้าใจการเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระยะนี้ เพราะจะ ได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและไม่ทุกข์ทรมานจาก การรักษาพยาบาลที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย (ปราณี อ่อนศรี, 2557)

3.2 ความต้องการด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งความต้องการด้านจิตสังคมบ่งบอกถึงระดับภาวะบีบคั้นหรือความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจ หรือความไม่เพียงพอในการทำหน้าที่ทางจิตอารมณ์ (สุริพร ธนศิลป์, 2565) โดยผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักต้องการทางจิตสังคมเมื่อมีการตอบสนองเชิงลบต่อภาวะความเจ็บป่วย เช่น ความกลัว ซึ่งสิ่งนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลัวมากที่สุด คือ การถูกทอดทิ้ง และการอยู่โดดเดี่ยว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมัก ต้องการใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้าง ๆ เมื่อผู้ป่วยต้องการ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความรู้สึกและ

ความต้องการต่างกันไป (สุมาลี นิมนานิตย์, 2550) โดยความต้องการทางจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเด็น (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ดังนี้

3.2.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือในการปรับตัวกับความเจ็บป่วย ความต้องการด้านนี้ประกอบด้วย ต้องการมีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา และวางใจว่าบุคลากรทางการแพทย์เฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์เริ่มการสนทนาหรือสอบถามความกังวลจากผู้ป่วย มีเวลาในการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นที่สงสัย รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า และได้รับการบอกข้อมูลอย่างชัดเจนและด้วยความละเอียดอ่อน รวมทั้งปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยต้องการที่จะสามารถเข้าถึงแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ช่วยจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

3.2.2 ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างเจ็บป่วย ซึ่งการระบายความรู้สึกและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ความต้องการในด้านนี้ประกอบด้วย ต้องการความหวังสำหรับอนาคต ต้องการความช่วยเหลือในการรับมือกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความกลัว ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความโกรธ หรือความรู้สึกผิด นอกจากนี้ ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการรับมือกับความรู้สึกของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง และต้องการมีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ

3.2.3 ความต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม โดยครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เป็นเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการปรับตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ต้องการอยู่กับคนในครอบครัว เพื่อน และคนรู้จัก ต้องการคนพูดคุยและรับฟังความทุกข์ใจ ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการเดินทางออกสังคมนาบ้าน และการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและการกรอกเอกสาร

3.2.4 ความต้องการข้อมูล ในภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะพยายามปะติดปะต่อข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่งเข้าด้วยกัน การรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านสถานการณ์ที่วิกฤตไปได้ โดยผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา สิ่งที่จะคาดหวัง ข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียง คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร การรับประทานอาหาร และการดูแลตนเอง ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับบริการและความช่วยเหลือที่มีจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งต้องการทราบถึงแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น

3.2.5 ความต้องการด้านอัตลักษณ์ เป็นความต้องการเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลของผู้ป่วย คงไว้ซึ่งความเป็นอิสระในช่วงที่เจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งความรู้สึกสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิต รวมทั้งต้องการการสนับสนุนในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงร่างกาย ภาพลักษณ์ และสิ่งทีบุคคลรอบข้างมองผู้ป่วย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความต้องการในการเลือกสถานที่ที่จะเสียชีวิต ซึ่งความต้องการเกี่ยวกับการระบุสถานที่ในการเสียชีวิตนั้น พบว่า ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัว และต้องการเสียชีวิตในสถานที่ที่ระบุไว้ โดยผู้ป่วยมักต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งคำว่า "บ้าน" ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจไม่ได้หมายถึงเฉพาะตัวสถานที่เพียงอย่างเดียว อาจหมายรวมถึงบรรยากาศที่อบอุ่น ห้อมล้อมไปด้วยลูกหลานหรือบุคคลอันเป็นที่รักที่มาให้การดูแลผู้ป่วยด้วยพลังแห่งความรักที่เปรียบเสมือนตนเองได้กลับไปอยู่ "บ้าน" (สุริพร ธนศิลป์, 2565)

3.3 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

การเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ยังสร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสูง ควบคู่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผ่านพ้นจากภาวะวิกฤตของความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณหรือการเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ (ชุนกร แก้วมณี, 2562) ซึ่งความต้องการทางจิตวิญญาณเป็นการแสดงออกถึงสภาวะภายในของบุคคลที่มุ่งใจในการค้นพบความหมายในทุกประสบการณ์และทุกความสัมพันธ์กับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งอื่น ๆ ที่บุคคลให้คุณค่า ความต้องการเหล่านี้อาจจะมีเฉพาะเจาะจงและสัมพันธ์กับความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาที่บุคคลนั้นนับถือ อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคคลที่ไม่นับถือศาสนา หรือมีระบบความเชื่ออื่นนอกเหนือจากศาสนาอาจมีความต้องการทางจิตวิญญาณในการค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตที่แตกต่างออกไป (กิตติกร นิลมานัต, 2555) โดยทั่วไปความต้องการทางจิตวิญญาณมักจะเป็นการค้นหาความหมายของชีวิต การขอโทษและการให้อภัย การทำในสิ่งที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น การตายอย่างสงบสุข และการค้นหาความหวังในชีวิตทางโลกหรือชีวิตหลังความตาย นอกจากนี้ ยังอาจรวมถึงความต้องการทางศาสนา การมีส่วนร่วมกับครอบครัว และการตัดสินใจ ตลอดจนความต้องการที่จะอยู่คนเดียวและได้ครอบครองสิ่งต่าง ๆ (Finocchiaro, 2017)

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งสามารถสรุปได้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ดังนี้

1. ความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการยอมรับและต้องการความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขทั้งจากตนเอง ผู้อื่น และพระเจ้า ซึ่งเป็นความรักในสิ่งทีผู้ป่วยเป็นโดยไม่สนใจในสิ่งไม่ดีต่าง ๆ ทีผู้ป่วยเคยกระทำ ผู้ป่วยต้องการความเคารพนับถือ ความเอื้ออาทร และกำลังใจจากญาติและบุคคลรอบข้าง ต้องการได้รับการยืนยันถึงความดีที่

ผู้ป่วยได้เคยทำไว้ก่อน และต้องการได้รับการปฏิบัติอย่างผู้ที่มีคุณค่าจากครอบครัวหรือคนที่รัก นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้ความรักกับผู้อื่น โดยแสดงออกในลักษณะของการตอบแทน ความกรุณาของผู้อื่น การปกป้องครอบครัวจากการเห็นความทุกข์ทรมานของตนเอง การพยายามช่วยผู้อื่นและทำสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้อื่น การยอมรับการดูแลจากผู้อื่น การชื่นชมผู้อื่น การทำตัวให้ไม่เป็นภาระกับผู้อื่น และการได้ทำหน้าที่ตามที่ผู้อื่นคาดหวัง อีกทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังต้องการอยู่กับครอบครัว ลูกหลาน และเพื่อนฝูง รวมทั้งได้พูดคุย ช่วยเหลือ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่คิดว่าเป็นครอบครัว และต้องการจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลที่รัก หากความต้องการทางจิตวิญญาณด้านนี้ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับ มีคุณค่า ปลอดภัย เพลิดเพลินใจ ปลื้มปิติ และมีความสุขสงบ ในทางตรงข้ามหากความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองน่าสมเพช ปลอดภัย หวาดกลัว ซึมเศร้า และจะแยกตัว

2. ความต้องการความหวัง การมีความหวังเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความหวังเป็นความเชื่อส่วนบุคคลในการตัดสินใจเป็นไปได้อย่างเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งความหวังมีความสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากความหวังเป็นแรงจูงใจในสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการเลือกวิธีการจัดการความเครียดแบบใหม่ ๆ ที่จะช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การมีความหวังเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเอาชนะความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และความหวังเป็นเหตุผลหลักที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการยุติการรักษา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและทางศาสนามีส่วนส่งเสริมความหวังของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

3. ความต้องการมีส่วนร่วมและการควบคุมสถานการณ์ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีความสำคัญสำหรับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่ในระยะสุดท้าย โดยทั่วไปผู้ป่วยมักรู้สึกสูญเสียการควบคุมเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น สูญเสียอิสรภาพ และความเป็นอิสระในการตัดสินใจ สูญเสียภาวะสุขภาพที่แข็งแรง เป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้สร้างความตระหนก คับข้องใจ และรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ต้องการอยู่อย่างอิสระและสามารถบริหารจัดการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และต้องการให้ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตเหมือนเดิม รวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายอาจต้องการพูดคุยและเตรียมตัวสำหรับความตาย

4. ความต้องการมองโลกในแง่ดีและคงไว้ซึ่งชีวิตด้านบวก เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะสุขภาพที่ค่อย ๆทรุดโทรมลง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมีสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ช่วยเติมเต็มชีวิตให้มีความหมาย เช่น การได้เห็น

รอยยิ้มของผู้อื่น การได้หัวเราะ การคิดถึงเรื่องที่ทำให้มีความสุข การได้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน การใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ในแต่ละวัน และต้องการได้รับคำอวยพรและบอกเล่าถึงสิ่งดี ๆ ในชีวิตแก่ผู้อื่น

5. ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจและการเชื่อมต่อกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือกว่า เป็นแหล่งประโยชน์ในการเยียวยาที่สำคัญเมื่อบุคคลมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับมือกับความเจ็บป่วยและสร้างความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งยังให้ความสุขสบายและความหวังเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา ประกอบด้วย ต้องการสวดมนต์หรือสวดภาวนา/ขอพร ต้องการอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา ต้องการมีสื่ออุปกรณ์สร้างสรรค์ที่ให้ความบันเทิง ต้องการได้ฟังรายการหรือเพลงเกี่ยวกับศาสนา ต้องการเข้าร่วมพิธีทางศาสนาที่วัด มัสยิด หรือโบสถ์ รวมทั้งต้องการอยู่ในสถานที่ที่เงียบสงบเพื่อสะท้อนความคิดหรือทำสมาธิ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่า ผู้ป่วยต้องการทำบุญเพราะเชื่อว่า บุญกุศลจะส่งผลให้ได้รับสิ่งที่ดี ต้องการทำความใจให้สงบ และต้องการให้พระภิกษุมาเยี่ยมเพื่อชี้แนะให้พบกับความสงบ ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาอิสลามมีความต้องการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ ต้องรับฟังซูเราะฮ์จากครอบครัว (การอ่านอัลกุรอาน) ต้องการขอพรจากองค์อัลลอฮ์ ให้แก่ตนเองและบุคคลรอบข้าง ต้องการละหมาดและมีคัมภีร์อัลกุรอานในหอผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาคริสต์มีความต้องการเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับสิ่งสูงสุด เช่น ต้องการรู้ถึงความปรารถนาของพระเจ้า ต้องการวางชีวิตไว้ในพระหัตถ์ของพระเจ้าในการควบคุมความเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการทำสิ่งที่ถูกต้องกับพระเจ้า ต้องการที่จะจดจำว่าพระเจ้าได้ชี้แนะหรือช่วยตนเอง และต้องการที่จะรู้สึกว่ามีบางสิ่งเฝ้ามองและดูแลอยู่

นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความต้องการขอโหสิกรรมหรือการให้อภัย เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย ทำกิจกรรมได้อย่างจำกัด หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้ป่วยมีเวลาให้กับตนเองมากขึ้นและมีการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ และ/หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ซึ่งทุกคนล้วนมีความผิดพลาดในอดีตซึ่งมักน้อยแตกต่างกัน ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้งบุคคลอื่น (ผู้ถูกกระทำ) อาจลืมหรือให้อภัยแล้ว แต่ผู้ป่วย (ผู้กระทำ) ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่คิดว่าตนคงไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชยเพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อยเต็มที่ จะทำให้มีความทุกข์และขมขื่นจิตใจได้มาก การทบทวนความทรงจำในอดีต การยกโทษ และการขอโทษล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ความต้องการของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากเหตุผลต่าง ๆ ดังนั้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลในทุกด้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เพิ่มความผาสุกในช่วงสุดท้ายของชีวิต และให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และต้องครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน อีกทั้งทีมสุขภาพต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในทุกระดับการบริการสุขภาพ ดังนั้น การที่พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ จึงเป็นสิ่งสำคัญ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง

1. หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะป่วยหนักเพียงใดก็ตาม เป็นกระบวนการที่ช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัว (Abdullah et al., 2021) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มถูกวินิจฉัยโรคนจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (ผาณิต หลีเจริญ, 2557) โดยให้ความสำคัญกับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม มีเป้าหมายเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย โดยการบำบัด ขจัดอาการรบกวนต่าง ๆ ช่วยเหลือและสนองตอบความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมานและตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตลอดจนครอบครัวสามารถเผชิญกับความโศกเศร้า สูญเสียกับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รักได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2556) ซึ่งหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กิตติกร นิลมานัต, 2555) มีดังนี้

1. ให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้บริการบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรค โดยผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการดูแลควรมีความละเอียดอ่อนต่อความปรารถนาและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนวันสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากความตายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของประสบการณ์ชีวิต ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยายามใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างมีคุณค่าและเป็นปกติให้มากที่สุดมากกว่าการครุ่นคิดถึงเรื่องความตาย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างสมบูรณ์ตามความปรารถนา

3. ให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ ขั้นตอนแรกของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มียุทธศาสตร์ คือ การค้นหาและเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมหลักของผู้ป่วย รวมทั้งมีความละเอียดอ่อนต่อสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า ซึ่งหากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวด้วยความเห็นอกเห็นใจ ดังนั้น การนำรูปแบบการดูแลใด ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์จะต้องมั่นใจว่าการดูแลที่ให้นั้นมีความสอดคล้องกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย

4. ให้การดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมซึ่งประกอบด้วย การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย ร่วมกับการส่งเสริมความสุขสบายทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ให้มากที่สุดในช่วงที่มีชีวิตอยู่

5. ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ และอาจต้องใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพหลายระดับ ดังนั้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่องหมายถึงลำดับการปฏิบัติที่มีความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระหว่างสถานบริการหรือระหว่างหน่วยการดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

6. มีการทำงานเป็นทีม ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ผู้ป่วย ครอบครัว และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ซึ่งการทำงานเป็นทีมจะช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

7. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ดีช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ถึงความกังวลใจ ความทุกข์ใจ และความต้องการของผู้ป่วยและช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ นอกจากนี้ การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การประสานงานระหว่างทีมผู้ให้การดูแลภายในหน่วยบริการและระหว่างสถานบริการมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

8. มีการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอเพื่อสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการพิสูจน์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดอบรมความรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถริเริ่มสร้างสรรค์และให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทันสมัยและมีคุณภาพ รวมทั้งทำให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพและมีรับผิดชอบต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้น นายแพทย์ Casem แห่งโรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์เจเนอรัล (Massachusetts General Hospital) ได้อธิบายถึงหลักการพื้นฐานที่สำคัญ 9 ประการ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Casem, 1975 อ้างถึงใน อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ, 2558) ดังนี้

1. Competence หมายถึง ผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีประสบการณ์เพียงพอในการจัดการกับอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการทางจิตใจต่าง ๆ เป็นต้น และต้องอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงแนวทางการดูแลรักษาโดยร่วมกันตัดสินใจ เช่น การตายควรจะเป็นที่บ้านหรือโรงพยาบาล และการตัดสินใจให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบโดยไม่มีการใช้เครื่องช่วยชีวิตต่อไป

2. Concern หมายถึง การให้การดูแลด้วยความห่วงใย ผูกพัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา เปรียบเสมือนมีความรู้สึกหรือมีอารมณ์ร่วมในความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมี ซึ่งอาจไม่ได้แสดงออกด้วยคำพูดอย่างเดียว แต่รวมถึงแววตา ท่าทาง หรือการดูแลต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วย

3. Comfort หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจ โดยเฉพาะเรื่องความปวด ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยมีความปวดน้อยที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีภาวะของการตายดี (good death)

4. Communication หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องราวต่าง ๆ โดยผู้ดูแลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี (active listening)

5. Children and relatives หมายถึง การนำญาติและบุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ

6. Cohesion หมายถึง การเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว โดยให้บุคคลเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมช่วยในการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรูสึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป

7. Cheerfulness หมายถึง การมีอารมณ์ขันที่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาจช่วยให้ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตใจที่สบายขึ้น สีสหน้าท่าทางของผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวลเกินเหตุ หรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8. Consistency หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คงเส้นคงวา เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การที่แพทย์หรือผู้ดูแลมาตรวจเยี่ยมสม่ำเสมอจะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้มาก

9. Calmness of mind หมายถึง ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบสามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตาย ได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มถูกวินิจฉัยโรครจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและสนองตอบความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย และให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย รวมถึงการให้ญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล อีกทั้งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี

2. การดูแลด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อการดำเนินของโรคอยู่ในระยะท้าย ๆ ร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มสูญเสียหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยการดูแลด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

2.1 ความปวด (Pain)

เป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบายซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน (สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2558) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายคนต้องประสบกับความปวดอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิต (Groninger & Vijayan, 2014) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ซึ่งการจัดการความปวดสามารถทำได้ ดังนี้

2.1.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา

ยาระงับความปวดที่ใช้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่ม (กิตติกร นิลมานัต, 2555; สุรีพร ธนศิลป์, 2565; Groninger & Vijayan, 2014) ได้แก่

1) ยาระงับความปวดที่ไม่ใช่กลุ่มมอร์ฟีน (Non opioids) จะใช้ในการระงับความปวดที่มีความรุนแรงในระดับน้อยจนถึงปานกลาง หรือใช้เสริมผลการระงับปวดจากยาในกลุ่มมอร์ฟีน (Opioids) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ paracetamol, aspirin, และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เช่น Ibuprofen เป็นต้น

2) ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีน (Opioids) จะใช้ในการระงับความปวดที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Morphine ซึ่งมักใช้เป็นยาหลัก นอกจากนี้มี methadone, oxycodone, hydrocodone, codeine, tramadol, fentanyl เป็นต้น การให้ยาในกลุ่มนี้ต้องระมัดระวังอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการท้องผูก ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อ และกตการหายใจ โดยเฉพาะการให้ในช่วงก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

3) ยาเสริมในการระงับความปวด การเลือกให้ยาเสริมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้และกลไกความปวด โดยยาเสริมในการระงับความปวดทางระบบประสาท ได้แก่ ยาในกลุ่มภาวะซึมเศร้า (Antidepressants) เช่น amitriptyline, ยาในกลุ่มต้านการชัก (Anticonvulsants) เช่น sodium valproate และ clonazepam, ยาที่ลดอาการปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น baclofen, หรือยาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น dexamethasone, benzodiazepine, phenytoin, mexiletine, clonidine, และ ketamine

องค์การอนามัยโลก กำหนดหลักการบริหารยาระงับปวด โดยให้วิธีการที่ไม่เจ็บปวด (Non invasive) ก่อน เช่น การรับประทาน (by mouth) และเน้นการให้ยาในขนาดที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และในเวลาที่ถูกต้อง (by the clock) เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นอิสระจากความปวดตลอดเวลา และได้กำหนดแนวทางในการบรรเทาความปวดแบบขั้นบันได (by the ladder) คือ ให้ตามความรุนแรงของความปวด ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับน้อย (คะแนน 1-3 คะแนน จาก 10 คะแนน) ให้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มมอร์ฟีนและให้ยาเสริมตามอาการ

บันไดขั้นที่ 2 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 4-6 คะแนน จาก 10 คะแนน) ให้ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนชนิดอ่อน เช่น tramadol และ codeine โดยให้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มมอร์ฟีนและยาเสริมร่วมด้วย

บันไดขั้นที่ 3 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (คะแนน 7-10 คะแนน จาก 10 คะแนน) ให้ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนชนิดแรง เช่น morphine และ fentanyl โดยให้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มมอร์ฟีนและยาเสริมร่วมด้วย

2.1.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

ปัจจุบันได้มีการนำวิธีการบำบัดทางเลือกมาใช้ร่วมกับการใช้ยาในการจัดการกับความปวดมากขึ้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีการที่ใช้บ่อยและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้การรักษาแบบประคับประคอง (ธีระพล สมหมายไชยา, 2563) มีดังนี้

1) การนวด (Massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั้งร่างกายหรือบริเวณที่นวด สำหรับการนวดควรรนวดแบบ effleurage/stroking คือ การใช้มือไล่นิ้วลงน้ำหนักเบาหรือแรงก็ได้ ซึ่งจะให้ผลแตกต่างกัน ถ้าวางน้ำหนักเบาในทิศทางใด ๆ กระทำได้ที่ทั่วร่างกายจะเป็นการกระตุ้น reflex และเกิดผลทางด้านจิตใจทำให้รู้สึกผ่อนคลาย

2) ความร้อน (Heat) และความเย็น (Cold) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการ โดยถ้าเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันร่วมกับเกิดอาการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็นเพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

3) การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนังผ่านทางแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกการลดปวดจาก gate-control theory

นอกจากนี้ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด การฝังเข็ม (Acupuncture) การกดจุด (Acupressure) การสวดมนต์ (Prayer) การทำสมาธิ (Meditation) การสะกดจิต (Hypnotherapy) ดนตรีบำบัด (Music therapy) การพูดคุย (Talking therapy) และการทำกิจกรรมบำบัด (Occupational therapy) (สุรีพร ธนศิลป์, 2565; Marie Curie, 2022) ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถช่วยลดความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายลงได้เช่นกัน

2.2 อาการหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea)

เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อการหายใจลำบากในลักษณะการหายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ ซึ่งการจัดการอาการหายใจลำบากสามารถทำได้ ดังนี้

2.2.1 การจัดการอาการหายใจลำบากโดยการให้ยา ได้แก่

1) การให้ออกซิเจน ใช้เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งการให้ออกซิเจนจะทำให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจและการออกแรงในการหายใจลดลง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ไม่พร่องออกซิเจน การให้ออกซิเจนเสริมไม่ได้ช่วยให้หายใจลำบากลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอาการหายใจโดยปราศจากการให้ออกซิเจนเสริม (Dudgeon, 2021)

2) การให้ยาในกลุ่มมอร์ฟีน การให้ยากลุ่มนี้เป็นประโยชน์อย่างมากในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยยากลุ่มนี้ช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากได้อย่างมีนัยสำคัญผ่านกลไกต่าง ๆ และมีหลักฐานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ว่าเมื่อใช้ยาอย่างเหมาะสม ยาเหล่านี้จะมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมาก (Pereira, 2022)

3) การให้ยาขยายหลอดลม ยาในกลุ่ม beta-agonists หรือยากลุ่ม anticholinergic จะช่วยลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคทางเดินหายใจอุดกั้นได้ อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มดังกล่าวมีข้อจำกัดในการใช้กับอาการหายใจลำบากจากโรคปอดอื่น ๆ เว้นแต่อาการหายใจลำบากจะมาพร้อมกับการหายใจที่มีเสียงวี๊ด (Pereira, 2022)

4) การให้ยาสเตียรอยด์ ใช้เป็นยาเสริมในการจัดการภาวะหายใจลำบากที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่เกิดจากมะเร็ง (Lymphangitis carcinomatosa) ภาวะหลอดเลือดดำใหญ่อุดตัน (Superior vena cava syndrome) หลอดลมหดเกร็ง (ในโรคหอบหืดหรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง) และปอดอักเสบจากการฉายรังสี (Radiation-induced pneumonitis) โดยทั่วไปจะใช้ในระยะสั้นเพื่อช่วยควบคุมภาวะหายใจลำบากที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเหล่านี้ ซึ่งจำเป็นต้องลดขนาดยาหากผู้ป่วยต้องใช้เวลาเป็นเวลามากกว่า 5 ถึง 7 วัน (Pereira, 2022)

5) การให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน เบนโซไดอะซีพีนมีประโยชน์เฉพาะในการบรรเทาอาการหายใจลำบากที่เกิดจากภาวะตื่นตระหนก (Panic attacks) หรือความวิตกกังวล ดังนั้น ยากลุ่มนี้จึงไม่มีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการหายใจลำบากโดยตรง แต่มีฤทธิ์กล่อมประสาท ลดความวิตกกังวล และช่วยให้หลับง่ายขึ้น ซึ่งยาที่นิยมใช้ ได้แก่ midazolam เป็นต้น (Pereira, 2022)

2.2.2 การจัดการอาการหายใจลำบากโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

1) การจัดทำศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อช่วยให้อวัยวะในช่องท้องเคลื่อนต่ำลง กะบังลมสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น ส่วนในระยะท้าย ๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจเร็วขึ้น อาจจัดทำให้อยู่ในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบายหรือท่าที่ผู้ป่วยต้องการ (ธีระพล สมหมายไชยา, 2563; ลดารัตน์ สาภินันท์, 2556)

2) การแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ (Deep breathing exercise) โดยการหายใจแบบเป่าปาก (Pursed-lip breathing) และการบริหารการหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (Diaphragmatic breathing) (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; ลดารัตน์ สาภินันท์, 2556)

3) การบำบัดร่วมอื่น ๆ เช่น ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ หรือการฝึกสมาธิ ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นเทคนิคการผ่อนคลายจะช่วยให้อาการหายใจลำบากดีขึ้นและความวิตกกังวลลดลงได้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

นอกจากนี้ การจัดการอาการหายใจลำบากโดยไม่ใช้ยายังสามารถทำได้โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในระยะแรกของการเจ็บป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (การระบายอากาศและความชื้นในห้องที่เหมาะสม) การเพิ่มการไหลเวียนของอากาศทั่วบริเวณรอบช่องปากด้วยพัดลมเพื่อกระตุ้นตัวรับที่ลดความรู้สึกหายใจไม่ออก การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีหายใจและขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย และการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง (Pereira, 2022) ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลงได้

2.3 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

คือ การรับรู้ของบุคคลในการทำกิจกรรมได้ลดลง รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียมาก ซึ่งความเหนื่อยล้าดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าทุเลาลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องได้รับการจัดการอาการเหนื่อยล้าซึ่งสามารถทำได้ ดังนี้

2.3.1 การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยใช้ยา

การใช้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) และยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นจิตประสาท (Psychostimulants) สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบายและรู้สึกมีพลังงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้ ซึ่งยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ได้แก่ dexamethasone และยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ได้แก่ methylphenidate, dextroamphetamine, และ pemoline นอกจากนี้ การรักษาด้วย erythropoietin อาจมีประโยชน์ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคโลหิตจางเรื้อรังที่มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Ross & Alexander, 2001a) ซึ่งผลของ erythropoietin ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มระดับออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อของร่างกาย ระบบการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ร่างกายได้รับพลังงานมากขึ้น มีผลทำให้ระดับความเหนื่อยล้าลดลง (ชยุต ใหม่เขียว, 2556ก)

2.3.2 การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา (ชยุต ใหม่เขียว, 2556ก) ได้แก่

1) การสงวนพลังงาน โดยการจัดตารางการนอนพักผ่อนประจำวันตามความเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน หลีกเลี่ยงการนอนหลับในช่วงบ่าย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เร่งรีบจนเกินไป และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการใช้พลังงาน

2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจัดเป็นการจัดการที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในการจัดการกับความเหนื่อยล้า การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เพิ่มการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ทำให้ร่างกายขับสารไนโตรโคโคหรือของเสียในร่างกายที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าออกจากร่างกายเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายควรจัดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

3) การจัดการด้านอาหาร ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เพื่อร่างกายจะได้นำสารอาหารไปซ่อมแซมเนื้อเยื่อปกติและสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานให้กับร่างกาย ซึ่งควรแบ่งการรับประทานอาหารเป็นมื้อ ๆ และควรมีอาหารว่างแทรกระหว่างมื้อ

4) การให้การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยลดความตึงเครียด เพิ่มแรงสนับสนุนด้านจิตใจ เปลี่ยนความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมบำบัด การจัดการกับความเครียด การผ่อนคลาย และการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างสมาธิ เป็นต้น

2.4 ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้งสามารถทำได้ (กิตติกรนิลมานัต, 2555) ดังนี้

2.4.1 การจัดการภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้งโดยการให้ยา ได้แก่

1) ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการเบื่ออาหาร ได้แก่ ยากลุ่มโปรเจสตาเจน (Progestagens) เช่น megestrol acetate และ medroxyprogesterone acetate เป็นต้น และยากลุ่มคานนาบินอยด์ (Cannabinoids) และกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) การให้ยา megestrol acetate ทำให้น้ำหนักตัว ความอยากอาหาร และความผาสุกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

2) ยาที่ใช้สำหรับแก้ไขสาเหตุของอาการเบื่ออาหาร ได้แก่ ยาควบคุมการปวด ยาแก้อาการคลื่นไส้และอาเจียน และยารักษากรดไหลย้อน รวมทั้งยารักษาอาการท้องผูก ซึ่งยาเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น

2.4.2 การจัดการภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้งโดยไม่ใช้ยา

เน้นการเพิ่มการรับประทานอาหาร การเพิ่มแคลอรีและโปรตีนในการรับประทานอาหาร ซึ่งวิธีการจัดการอาการเบื่ออาหารโดยไม่ใช้ยาประกอบด้วย การจัดการอาหารที่ผู้ป่วยชอบและต้องการรับประทานในแต่ละมื้อ หลีกเลี่ยงการจัดการอาหารที่มีกลิ่นฉุนและอาหารที่มีมันมาก เนื่องจากอาหารที่มีไขมันสูงจะอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นทำให้อาการเบื่ออาหารมากขึ้น จัดอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง นอกจากนี้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากก่อนรับประทานอาหาร และควรดื่มน้ำพร้อมอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารในห้องที่มีการถ่ายเทอากาศดี มีแสงสว่างเพียงพอ และสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร โดยให้ครอบครัวรับประทานอาหารเช้าร่วมกับผู้ป่วย

2.5 อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ร่างกายทรุดโทรมอย่างมาก ในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยการจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนสามารถทำได้ ดังนี้

2.5.1 การจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนโดยใช้ยา

ยาที่ใช้ในการจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนมีหลายกลุ่ม เช่น ยากลุ่ม selective serotonin type 3 receptor (5HT3) antagonists ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ 5HT3 ที่สมอง ยากลุ่มนี้ได้แก่ ondansetron และ granisetron เป็นต้น ยากลุ่ม neurokinin 1 receptor antagonists ยากลุ่มนี้ได้แก่ fosaprepitant และ aprepitant เป็นต้น ยากลุ่ม synthetic cannabinoids ยากลุ่มนี้ได้แก่ nabilone เป็นต้น (Leach, 2019) นอกจากนี้ การใช้ยาในกลุ่ม dopamine type 2 (D2), histamine type 1 (H1) และ acetylcholine (muscarinic receptors type 1 to 5) ก็สามารถใช้ในการจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้เช่นกัน (Glare et al., 2011)

2.5.2 การจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนโดยไม่ใช้ยา

สามารถทำได้โดยการจัดการอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง แต่ให้รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น รับประทานอาหารแห้ง ๆ เช่น ขนมปังกรอบ หรือให้รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว หรือจิบน้ำจืดบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น ภาพ เสียง หรืออาหารที่มีกลิ่นแรง อาหารที่มีไขมัน หรืออาหารรสจัด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้มากขึ้น อีกทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอและทำความสะอาดทุกครั้งหลังการอาเจียน (ชยุตใหม่เขียว, 2556ช; Glare et al., 2011) นอกจากนี้ การใช้พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) อาจช่วยลดความตื่นตัวทางจิตใจและความทุกข์ใจโดยการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยไปทำอย่างอื่น และเพิ่มความรู้สึกของผู้ป่วยในการควบคุมอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ (Glare et al., 2011)

2.6 อาการท้องผูก (Constipation)

เป็นความไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใดเช่นเดียวกับอาการอื่น ๆ ที่เกิดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการจัดการอาการท้องผูกสามารถทำได้ ดังนี้

2.6.1 การจัดการอาการท้องผูกโดยใช้ยา (กิตติกร นิลมานัต, 2555; ธีระพล สมหมายไชยา, 2563; อธิฐาน สุมาลย์เจริญ, 2556) ได้แก่

- 1) ยาระบายกลุ่มกระตุ้น ออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อลำไส้บีบตัวเป็นจังหวะ ๆ ทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระออกมา ยากลุ่มนี้ได้แก่ senna (มะขามแขก) และ bisacodyl เป็นต้น
- 2) ยาระบายกลุ่มออสโมซิส ออกฤทธิ์ดูดซึมน้ำให้สารน้ำไหลกลับเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ผ่านช่องทางพิเศษ ซึ่งยากลุ่มนี้มีประโยชน์มากในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกชนิดไม่ทราบสาเหตุ ยากลุ่มนี้

ได้แก่ polyethylene glycol, lactulose, และ sorbitol โดยทั่วไปนิยมใช้ polyethylene glycol เพราะไม่ก่อให้เกิดแก๊สหรือท้องอืดเหมือนกับ lactulose และ sorbitol

3) ยาระบายกลุ่มเกลือ ออกฤทธิ์เหมือนพองน้ำที่ดึงน้ำเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ เพื่อให้อุจจาระเคลื่อนตัวผ่านไปได้ง่ายคล้ายคลึงกับยาระบายกลุ่มออสโมซิส ยากลุ่มนี้ได้แก่ magnesium hydroxide และ magnesium citrate ยาระบายกลุ่มนี้ใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกเฉียบพลันที่ไม่ได้เกิดจากการอุดตันของลำไส้

4) ยาระบายชนิดเพิ่มอุจจาระ ยากลุ่มนี้ประกอบด้วยสารที่มีลักษณะเป็นเมือกจำนวนมาก ทำให้ปริมาณอุจจาระเพิ่มขึ้นและทำให้อุจจาระมีลักษณะนุ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ ispaghula, psyllium, และ sterculia

5) ยาระบายชนิดทำให้อุจจาระอ่อนตัว ยากลุ่มนี้จะมีตัวยาที่สามารถละลายไขมัน ลดความตึงผิวของน้ำและไขมัน ทำให้สามารถแทรกซึมเข้ากับอุจจาระ ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มและช่วยหล่อลื่นอุจจาระทำให้ขับถ่ายสะดวกขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ docusate sodium, poloxalkol, และ liquid paraffin

6) ยาเหน็บหรือยาสวนทวาร ซึ่งใช้โดยการสอดผ่านรูทวารเข้าไปในไส้ตรง แม้ว่าคนจำนวนมากไม่ชอบใช้ยาในรูปแบบนี้แต่เป็นวิธีที่ให้ผลเร็วกว่าการรับประทาน เมื่อสอดเข้าไปในไส้ตรง ยาจะไปทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลงและทำให้ผนังของไส้ตรงหดตัวเพื่อขับอุจจาระออกมา

2.6.2 การจัดการอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

1) การบริโภคของเหลวและการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงในปริมาณที่เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ให้เป็นปกติ ซึ่งจะทำให้ขับถ่ายได้ปกติ และลดอาการท้องผูกได้ ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร (ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด) และควรรับประทานอาหารที่มีน้ำปริมาณมาก เช่น ซุป ผลไม้ โยเกิร์ต และนม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวโอ๊ต และธัญพืช เป็นต้น (อิฐฐาน สุมาลย์เจริญ, 2556; Librach et al., 2010) เพื่อให้ขับถ่ายได้ง่าย ลดอาการท้องผูก

2) การบริโภคผลไม้ที่มีคุณสมบัติช่วยในการระบาย เช่น ลูกพรุน อินทผลัม มะเดื่อ ลูกเกด (Fraser Health, 2018) กีวี และเชอร์รี่ (ธีระพล สมหมายไชยา, 2563) เป็นต้น

3) การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ถ้าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ให้ผู้ป่วยเดินหรือลุกนั่งข้างเตียง สำหรับผู้ป่วยรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถลุกจากเตียงได้ การทำ range of motion และ isometric exercise จะช่วยคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไว้ได้ นอกจากนี้ การออกกำลังกายที่สามารถทำขณะอยู่บนเตียงได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal exercise) การบริหารอุ้งเชิงกราน (Pelvic exercise) และการบริหารกล้ามเนื้อขา (Leg lift) เป็นต้น (Librach et al., 2010)

2.7 อาการสับสน (Delirium)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ครอบครัวรู้สึกกังวล กลัว และไม่สบายใจอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนจึงต้องได้รับการรักษา ซึ่งการจัดการอาการสับสนสามารถทำได้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ดังนี้

2.7.1 การจัดการอาการสับสนโดยการใช้ยา ได้แก่

1) การใช้ยาเพื่อลดความรุนแรงหรือควบคุมอาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการทางจิตและความบกพร่องของการรู้คิด เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือทำให้ผู้ป่วยเจ็บบลั๊บ ยากลุ่มแรก (First line) ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics) เช่น haloperidol ซึ่งมักใช้ในการบำบัดอาการสับสนทุกประเภทยกเว้นอาการสับสนที่เกิดจากการถอนเหล้า สำหรับยากลุ่มที่สอง (Second line) เช่น benzodiazepines และ olanzapine

2) การใช้ยาหรือการรักษาเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการสับสน เช่น การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ การให้สเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หรือการให้โบฟอสเฟตแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง การให้น้ำตาลทดแทนในรายที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือการให้สารน้ำทดแทนจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลง เป็นต้น

2.7.2 การจัดการอาการสับสนโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

1) การให้ข้อมูล แม้ว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการสับสนอยู่ พยาบาลควรบอกถึงสิ่งที่เกิดขึ้น วัน เวลา สถานที่ และชื่อผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเน้นการสื่อสารที่ชัดเจนและกระชับ นอกจากนี้ พยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2) การจัดการกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม เน้นการคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและลดการกระตุ้นผู้ป่วย โดยจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการมองเห็นและการได้ยินแก่ผู้ป่วยและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ควบคุมอุณหภูมิ เสียง และแสงภายในห้อง และป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ในการดูแลด้านร่างกายแพทย์และพยาบาลจะให้การดูแลตามปัญหาและอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อีกทั้งให้การดูแลตามอาการ ความรุนแรง และสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม ซึ่งการดูแลดังกล่าวมีทั้งการดูแลโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่กัน โดยมีเป้าหมายเพื่อขจัด/บรรเทาอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

3. การดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้านจิตสังคมมีความแตกต่างจากการดูแลและจัดการกับอาการทางกาย เนื่องจากการดูแลด้านจิตสังคมไม่มีวิธีการดูแลที่แน่นอนตายตัว การดูแลขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน และขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะตามทฤษฎีของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross, 1997) ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งหมดมี 5 ระยะ และมีแนวต่างกันในการดูแลในแต่ละระยะ (สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและช็อก

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อว่าสิ่งนี้จะเกิดขึ้นกับตน คิดว่าแพทย์อาจวินิจฉัยโรคผิดพลาดและไม่ยอมรับความจริง บางคนมีความรู้สึกช็อกกับสิ่งที่เกิดขึ้น

แนวทางการดูแล ไม่ต้องสนับสนุนหรือแสดงความเห็นด้วยสอดคล้องไปกับคำพูดของผู้ป่วยหรือพูดขัดแย้งกับผู้ป่วย ให้รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกด้วยความสงบ ยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย ควรอยู่เป็นเพื่อนและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ

ผู้ป่วยจะโกรธเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต โกรธสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โกรธแพทย์ที่รักษาไม่ได้ โกรธทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง โกรธครอบครัวหรือแม้แต่โกรธตนเองที่ต้องเป็นโรคร้ายนี้

แนวทางการดูแล ยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรม ไม่แสดงอารมณ์โกรธตอบโต้กลับไปอย่างเด็ดขาด แม้ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ต้องให้ความเห็นใจผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้ง และมีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง

ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจยอมรับได้ว่าตนเองเป็นโรคร้าย แต่ก็ขอต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพบูชาต่าง ๆ นานา เช่น ขอมืออายุยืนยาวไปอีกสักระยะเพื่อปฏิบัติภารกิจบางอย่างให้เสร็จสิ้นก่อนหรือขอยุ่สร้างบุญสร้างกุศลต่อ บางคนขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย ขอให้พบยาวิเศษ ขอให้ปาฏิหาริย์มีจริง บางคนหาแนวทางการรักษาใหม่ เช่น ขอไปใช้สมุนไพรเพราะอาจช่วยได้ เป็นต้น ในระยะนี้ผู้ป่วยยังยอมรับต่อความสูญเสียหรือความตายที่เกิดขึ้นไม่ได้

แนวทางการดูแล เข้าใจคำพูดและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ไม่ขัดแย้ง ควรรับฟังที่ผู้ป่วยพูด แสดงท่าทีให้เกียรติในความคิดของผู้ป่วย และไม่เห็นว่า เป็นสิ่งไร้สาระ รวมทั้งให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบและตัดสินใจการกระทำต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีสภาพจิตใจที่เลวร้ายถึงที่สุด รับรู้ว่าหมดทางรักษา หมดหวังในทุกสิ่งทุกอย่าง เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า หมดกำลังใจจะต่อสู้ต่อไป

แนวทางการดูแล ไม่ควรกระตุ้นหรือสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย เพราะไม่อยู่ในระยะที่ผู้ป่วยจะยอมรับได้ จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเพราะหมดพลังอำนาจในตนเอง แต่ผู้ดูแลควรอยู่ใกล้ ๆ ไม่ทอดทิ้งให้ความสนใจ เอาใจใส่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนที่รักและหวังดี

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ

ผู้ป่วยจะยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น การต่อสู้ดิ้นรนทรมานทรมายในจิตใจลดลง ยอมรับต่อความพ่ายแพ้ ยอมรับว่าชีวิตต้องเป็นไปตามสัจธรรมของธรรมชาติ ผู้ป่วยมักมีอาการสงบขึ้น เบื่อหน่าย ไม่อยากเผชิญกับความทุกข์ทรมานอีก บางคนเตรียมพร้อมต่อความตายที่จะมาถึง

แนวทางการดูแล ควรรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจที่ยอมรับความจริงได้ เข้าใจความรู้สึก และอยู่เคียงข้างพร้อมให้ความช่วยเหลือ อาจปรึกษาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อหาแนวทางให้ผู้ป่วยเกิดความสงบในวาระสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเผชิญกับความตายมักมีความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวอยู่ในใจ รวมทั้งมีอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานในจิตใจ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมความผาสุกสามารถทำได้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ดังนี้

1. ส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตและการเตรียมตัวสำหรับความตาย
2. สนับสนุนการใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ และให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เป็นต้น
3. เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม การนิมนต์หรือเชิญผู้นำในการปฏิบัติทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ ไต่อาหิมา มบาทหลวง มาเยี่ยมให้พรตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้ครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย
5. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสิทธิประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
6. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ จนวาระสุดท้ายของชีวิต
7. ช่วยขจัดและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

8. สอบถามถึงความต้องการทางจิตสังคมและค้นหาภารกิจที่ยังไม่บรรลุ (Unfinished business) รวมทั้งช่วยเหลือตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่า การดูแลด้านจิตสังคมเป็นการดูแลที่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคนและขึ้นอยู่กับปฏิริยาความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ ซึ่งการดูแลในแต่ละระยะนั้นจะมีแนวทางการดูแลที่มีความเฉพาะและแตกต่างกัน พยาบาลจึงต้องให้การดูแลตามระยะของปฏิริยาโศกเศร้าอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในการดูแลด้านจิตสังคมต้องเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว รวมทั้งมีอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการสนับสนุนวิธีการในการเผชิญปัญหาดังกล่าว รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ให้ครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งสอบถามถึงความต้องการทางจิตสังคมของผู้ป่วย และตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นให้ได้มากที่สุด

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลด้านจิตวิญญาณมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสงบสุขในจิตใจ มีความผาสุก และมีความเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะทุกข์ทรมานหรือบิคับทางจิตวิญญาณ เน้นการดูแลหลาย ๆ วิธีร่วมกัน โดยพยาบาลสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (สุคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556) ดังนี้

4.1 ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงแต่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายเท่านั้น แต่หากถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวจะถูกทอดทิ้ง กลัวสิ่งที่อยู่ข้างหน้าหลังสิ้นลม ดังนั้น ความรักและกำลังใจจากญาติ ลูกหลาน และผู้คนรอบข้างเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะช่วยลดความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจ พึงระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเปราะบางอ่อนแออย่างมาก ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่พร้อมจะอยู่กับผู้ป่วยในยามวิกฤต หากมีคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยจะมีกำลังใจและสามารถเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้

4.2 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้เข้ามา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่ร่างกายยังเอื้ออำนวยอยู่ อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้ายโดยไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อนอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงกว่าเดิม ดังนั้น พยาบาลจึงควรสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือให้ได้รับความไว้วางใจกับผู้ป่วย รวมทั้งต้องเป็นผู้ที่มีความอดทน พร้อมที่จะฟังความในใจของผู้ป่วย โดยรับฟังด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ

4.3 พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติตกใจ ผิดหวัง และเจ็บปวด แต่การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับ ปรึกษาปรึกษาจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงได้ในที่สุด และมีการวางแผนชีวิตที่ เหลืออยู่อย่างสมเหตุสมผล บางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจยอมรับกับความจริง พยาบาลต้องให้ เวลา อดทน และยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในขณะที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากนี้

4.4 ช่วยให้เกิดใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งที่ดีงามจะช่วยให้เกิดจิตใจเป็นกุศล ทำให้ เกิดความสงบและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ซึ่งการโน้มนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งที่ดีงาม เช่น การนำเอาพระพุทธรูปตลอดจนภาพครูอาจารย์ที่เคารพนับถือมาไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือการชวนผู้ป่วยสวดมนต์ การเปิดเทปธรรมะหรือบทสวดมนต์ การนิมนต์พระมาเยี่ยม หากนับถือ ศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาตนย่อมมีผลต่อจิตใจ ได้ดีที่สุดในที่สุด

4.5 ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นทุกข์ใจ และทำให้ ไม่อาจตายอย่างสงบได้ก็คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจเป็นภารกิจการทำงานที่ยัง ค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งไม่เสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจหรือโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิด ความปรารถนาที่จะพบใครบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนเองรักหรือคนที่ตนปรารถนาจะ ขออโหสิกรรม ซึ่งสิ่งค้างคาใจเป็นสิ่งที่ควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วย ตายอย่างไม่สงบ ซึ่งในทางพุทธศาสนาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไปสู่ทุกคติแทนที่จะเป็นสุคติ

4.6 ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ การปฏิเสธความตายและการขัดขืนไม่ยอมรับ ความจริงเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางต่อสิ่ง ต่าง ๆ ให้มากที่สุด โดยการให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลอย่างดี หรือเตือนสติผู้ป่วยว่าทรัพย์สินสมบัติเป็นของเราเพียงชั่วคราวเมื่อถึงเวลาที่ต้องให้ คนอื่นดูแลไป และที่สำคัญควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางต่อการยึดติดในตัวตน ความตายของคนบางคน หมายถึงการดับสูญของตัวตนเป็นสิ่งที่ทนไม่ได้และทำใจยาก ซึ่งการจะละซึ่งตัวตนได้ ต้องอาศัยการ ฝึกฝนจิตพอสมควรแต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาที่จะทำได้

4.7 สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความ สงบและปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาใจได้นั้น บรรยากาศที่สงบย่อมเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งบรรยากาศในที่นี้ คือ สภาพแวดล้อมผู้ป่วยควรเป็นบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น อบอุ่นด้วยความรักและมิตรภาพ ควรเป็น ห้องพักที่ไม่พลุกพล่าน มีต้นไม้ ดอกไม้ อาจมีแจกันดอกไม้หรือรูปวิวสวย ๆ หรืออาจใช้ภาพพระหรือ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เปิดเพลงเบา ๆ เสียงธรรมชาติหรือเสียงสวดมนต์ มีกลิ่นที่นุ่มนวลที่ผู้ป่วยชอบ และผู้ดูแล ควรรักษาจิตใจให้เบิกบานและมีอารมณ์มั่นคง

4.8 กล่าวคำอำลา ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายการน้อมจิตให้ผู้ป่วยมุ่งต่อสิ่งดีงามเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดยการชื่นชมและการขอบคุณในคุณงามความดี พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น ให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งตัวตนและหลังจากนั้นก็กล่าวอำลา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่าง ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีเรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพหลอนเรื่องราวต่าง ๆ การปล่อยใจและให้กำลังใจจะช่วยให้ความทุกข์หรือความอัดอั้นในใจลดลง พยาบาลควรช่วยจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมาย เพื่อกล่าวคำขอโทษ อโหสิกรรม ได้กล่าวคำอำลาต่อกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายสรุปได้ว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสงบสุขในจิตใจ มีความผาสุก และมีความเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องผสมผสานการดูแลหลาย ๆ วิธี ทั้งการดูแลด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ การให้ข้อมูลที่เป็นจริง การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ และการช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำอำลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทาง การแพทย์จากหลายสาขาวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ร่วมงานที่สำคัญในทีมผู้ให้การดูแลรักษา พยาบาลสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) มีดังนี้

5.1 การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องการความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ พยาบาลสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรงโดยการดูแลความสุขสบายและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการต่าง ๆ และให้การดูแลที่สัมพันธ์กับการบริหารยาและการบำบัดอื่น ๆ

5.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมักมีความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีวิตกกังวล ซึมเศร้า โศกเศร้า หมดหวัง และหมดหนทางช่วยเหลือ รวมทั้งกลัวความตาย ขณะที่ครอบครัวรู้สึกไม่มั่นคง วิตกกังวล และซึมเศร้า พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ช่วงเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเพื่อการฟื้นฟูหายจากโรครสู่การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ รวมทั้งช่วยส่งเสริมการปรับตัวและการเตรียมตัวสำหรับ

ความตายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ที่อยู่ในภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย

5.3 การเป็นตัวแทนผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยอาจจะมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง มีข้อจำกัดในการรับรู้หรือความเข้าใจเกี่ยวกับดูแลการรักษา พยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ความปรารถนา และความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

5.4 การประสานงาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมักมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จึงต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลจากหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างครอบคลุม พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานเพื่อให้มั่นใจว่าความสุขสบาย สิทธิ และการเยียวยารักษาของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนอง และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลและแหล่งประโยชน์ผ่านนโยบายทางสุขภาพและทางสังคม นอกจากนี้ พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล มีความเข้าใจเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน

5.5 การให้ความรู้และให้คำปรึกษา ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาที่ให้กับผู้ป่วย การดูแลตนเอง และวิธีการจัดการ/ควบคุมอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5.6 การจัดสิ่งแวดล้อม ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและญาติอาจต้องการความเป็นส่วนตัวเพื่อแสดงออกถึงความปรารถนาและการกล่าวอำลา ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณอย่างเปิดเผย ลดความรู้สึกสูญเสียการควบคุมจากการเจ็บป่วย และส่งเสริมการตายอย่างสงบ พยาบาลสามารถจัดสิ่งแวดล้อมโดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวตลอดเวลา ปิดกั้นม่าน หลีกเลี้ยง การส่งเสียงดังในช่วงเวลาของการกล่าวอำลา การจัดสภาพของผู้ป่วยหลังเสียชีวิตให้ดูสะอาดเรียบร้อยเพื่อไม่ให้ญาติรู้สึกตกใจกับสภาพของผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต

นอกจากบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้นแล้ว จันท์เพ็ญมโนศิลาปกร และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (2552) ยังได้ระบุถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามคำว่า “Palliative” ดังนี้

Practitioner คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ปฏิบัติให้การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic care) โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

Advisor คือ บทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการให้คำแนะนำไม่เพียงแต่เรื่องของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา แต่พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำกับญาติของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับญาติและให้กำลังใจญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกเมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะสูญเสียบุคคลที่รักไป

Like Relative คือ บทบาทของพยาบาลในการทำหน้าที่เปรียบเสมือนญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโดยไม่รังเกียจ ไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายจากโรคร้ายว่าเป็นการกระทำที่สูญเปล่า พยาบาลควรที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มความสามารถ

Legal Consultant คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในการรักษาและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนให้คำปรึกษาในด้านกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับของโรงพยาบาล

Informant คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการของโรค และความรุนแรงของโรค ตลอดจนเรื่องของการแจ้งข่าวร้าย พยาบาลผู้ให้ข้อมูลจะต้องใช้ศิลปะอย่างมากในการพูด การติดต่อสื่อสาร เพราะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือภาวะสิ้นหวัง เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและไวต่อความรู้สึกของผู้ที่กำลังจะสูญเสีย ทั้งนี้การให้ข้อมูลจะต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตของพยาบาลที่สามารถจะทำได้

Advocator คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นตัวแทนให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ โดยบทบาทนี้จะเกี่ยวข้องในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นสิทธิการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพในฐานะที่เป็นพลเมืองของประเทศ เช่น สิทธิการใช้บัตรทอง 30 บาท การรักษาสีตของข้าราชการในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และสิทธิในความสะดวกสบายในการรักษา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้ายก็ตาม

Trainer คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ฝึกสอนให้กับญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้รักษาแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยสิ้นหวังบางครั้งญาติก็จะขออนุญาตนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน พยาบาลก็จะเป็นผู้ฝึกสอนให้กับญาติในเรื่องต่าง ๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ให้ออกซิเจน การทำความสะอาดแผล หรือการให้ยาบรรเทาอาการปวด เป็นต้น

Innovator คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ที่คิดค้นนวัตกรรมและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งนวัตกรรมเหล่านี้อาจจะสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพของการบริการ นอกจากนี้ พยาบาลควรจะศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ จากวารสารหรือตำราทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำความรู้แนวใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

Vigorous supporter คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการเป็นผู้สนับสนุนพยาบาลจะพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนการพยาบาลทางจิตวิญญาณ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา มาผสมผสานกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งในการสนับสนุนนี้กิจกรรมทุกอย่างจะต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ และรวมไปถึงเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลญาติร้องขอในเรื่องของการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา พยาบาลก็จะเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสนับสนุนให้เขาปฏิบัติตามวัฒนธรรมความเชื่อ

Ethical caregiver คือ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ให้การพยาบาลที่มีคุณธรรมและจริยธรรม พยาบาลควรจะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเต็มความสามารถ ทั้งนี้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลควรคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีหลากหลาย ทั้งบทบาทในดูแลผู้ป่วยโดยตรงในด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณด้วยควมมีคุณธรรมและจริยธรรม บทบาทการเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมการดูแล การเป็นตัวแทนผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงาน การให้ความรู้และให้คำปรึกษา รวมทั้งการเป็นผู้ที่คิดค้นนวัตกรรมและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งบทบาทดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

6. สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นหนึ่งในสหสาขาวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 9 สมรรถนะ (ราตรี ฉิมฉลอง, 2564) ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องมีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยใช้ปรัชญาและเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการพยาบาล ตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมิณผล ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตั้งแต่แรกวินิจฉัยถึงภายหลังการเสียชีวิต

2. สมรรถนะด้านการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะในการประเมินอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่าง

เหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการให้ยาและวิธีการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ รวมทั้งส่งเสริมความสุขสบาย ติดตามผลการบำบัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3. สมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม (Palliative Performance Scale) เพื่อติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

4. สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศก การสูญเสีย และการดูแลหลังเสียชีวิต พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก การประเมินความสูญเสีย/ความเศร้าโศก การช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

5. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักแนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต มีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับทราบความจริงและข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนและให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงานและร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุมครอบครัว รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

6. สมรรถนะด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมทั้งต้องมีความรู้และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล

7. สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการ ยืดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วย และสามารถ ประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการได้

8. สมรรถนะด้านการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือกับ ทีมแพทย์ผู้รักษา พยาบาล ครอบครัวผู้ป่วย และสหสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย และรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น ระหว่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

9. สมรรถนะด้านการสอนและให้ความรู้ พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ จิตอาสาชุมชน และสังคม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่คาดหวัง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี

นอกจากสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในส่วนของประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมสถาบันการศึกษาพยาบาลของ สหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing) ได้กำหนดสมรรถนะที่จำเป็น สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่วาระสุดท้ายของชีวิต เช่นกัน ซึ่งมีทั้งหมด 15 สมรรถนะ (Wendt, 2001) ดังนี้

1. มีการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพลวัตในด้านประชากร เศรษฐศาสตร์ การดูแลสุขภาพ และการให้บริการที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาวิชาชีพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

2. มีการส่งเสริมให้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงรุก และต้องบูรณาการข้อกำหนดดังกล่าวสู่การปฏิบัติการพยาบาล

3. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัวด้วยความเห็นอก เห็นใจ รวมถึงการสื่อสารในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

4. ตระหนักถึงทัศนคติ ความรู้สึก ค่านิยม และความคาดหวังของตนเองเกี่ยวกับ ความตาย รวมทั้งตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติของแต่ละบุคคล

5. มีการแสดงออกถึงการให้ความเคารพต่อความคิด ความเชื่อ และความปรารถนาของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

6. ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามบทบาทหน้าที่ในวิชาชีพ

7. สามารถใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานตามหลักวิทยาศาสตร์ในการประเมินอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ เช่น ความปวด หายใจลำบาก ท้องผูก วิตกกังวล เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน และการรู้คิดที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น

8. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินอาการมาใช้ในการวางแผนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านร่วมกับแนวทางการรักษาสสมัยใหม่ในการจัดการอาการ

9. สามารถประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการให้การดูแล

10. สามารถประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

11. ช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และตนเองในการจัดการกับความทุกข์ทรมาน ความโศกเศร้า และความสูญเสียที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

12. สามารถประยุกต์หลักการทางกฎหมายและจริยธรรมมาใช้ในการวิเคราะห์ประเด็นที่มีความซับซ้อนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งตระหนักรู้ถึงอิทธิพลของค่านิยม ความเชื่อส่วนบุคคล จรรยาบรรณวิชาชีพ และความปรารถนาของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

13. สามารถค้นหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

14. มีทักษะในการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่มีความเป็นพลวัตและซับซ้อน

15. สามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการด้านการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งสมรรถนะการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา ด้านการประสานงาน ด้านการสอนและให้ความรู้ และการประยุกต์หลักการทางกฎหมายและจริยธรรมมาใช้ในการดูแล อีกทั้งจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การดูแลด้วยความเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้วยความเอื้ออาทร (Caring) เป็นศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลที่สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการดูแลในรูปแบบหรือบริบทต่าง ๆ (Karlsson & Pennbrant, 2020) และเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลที่เข้าถึงจิตใจของมนุษย์ โดยเน้นการให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์แบบองค์รวม (วัชรวิ เจนเจริญรัตน์ และคณะ, 2560) แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรจึงเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองกันอย่างแพร่หลาย (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา กรุณา ความเอาใจใส่ และได้รับการดูแลอย่างเข้าถึงจิตใจ สามารถผ่านพ้นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นด้วยความสงบสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกในชีวิต และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1. ความหมายของการดูแลด้วยความเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของการดูแลด้วยความเอื้ออาทร พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการดูแลด้วยความเอื้ออาทรไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

สิวลี ศิริไล (2553) ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่า เป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยมีการเข้าใจในธรรมชาติของกันและกัน ความเป็นมิตร มีความเชื่อถือไว้วางใจ และมีการถ่ายทอดความรู้สึกดังกล่าวต่อกัน

จินตามาศ โกลศลชินวิจิตร (2556) ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือระหว่างบุคคลต่อสัตว์และสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีการแสดงออกถึงความรัก ความเมตตา กรุณา ความสนใจ และความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

ปรีศนียาภรณ์ ฤกษ์ดาญ์ (2556) ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่าเป็นการกระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยแสดงออกถึงความเมตตา กรุณา การเอาใจใส่ และการดูแลช่วยเหลือกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและเป็นกันเอง

บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ (2561) ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่าเป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเป็นการดูแลที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน โดยมีการใส่ใจต่ออารมณ์ ความรู้สึก ให้ความเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง สีหน้าแววตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วย

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1988, as cited in Cohen, 1991) ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่า เป็นการกระทำที่มุ่งช่วยเหลือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกแก่บุคคลหรือกลุ่มคนที่ต้องการปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของชีวิต

สแวนสัน (Swanson, 1999) ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่า เป็นการดูแลเอาใจใส่ การเลี้ยงดู การทะนุถนอม และการปกป้องบุคคลอื่น เพื่อเสริมสร้างหรือพัฒนาให้บุคคลนั้นเกิดคุณค่าหรือความสามารถของบุคคล ซึ่งกระทำโดยผู้ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบต่องานของตน

วัตสัน (Watson, 1985, as cited in McCance et al., 1999) ได้อธิบายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่า เป็นค่านิยมและเจตคติที่เป็นเจตจำนง ความตั้งใจ หรือคำมั่นสัญญา ที่แสดงออกมาในการกระทำที่เป็นรูปธรรม

โรช (Roach, 2002) ให้ความหมายของการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่า เป็นวิถีของความ เป็นมนุษย์ (Human mode of being) ซึ่งลักษณะการดูแลด้วยความเอื้ออาทรนี้มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน มนุษย์จะมีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของการดูแลด้วยความเอื้ออาทร สรุปได้ว่า การดูแลด้วยความเอื้ออาทร หมายถึง การกระทำระหว่างบุคคลในการดูแลซึ่งกันและกัน โดยมีการแสดงออกถึงความรัก ความเมตตากรุณา ความเป็นมิตร การเอาใจใส่ การทะนุถนอม การสนับสนุน และการดูแลช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นการกระทำที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคนและเป็นวิถีของความเป็นมนุษย์

2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรเป็นแนวคิดในเชิงนามธรรมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาล ซึ่งแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรได้รับการพัฒนาจากนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษามากมาย (ปรศนิยาภรณ์ ฤกษ์ดาญุทธ์, 2556) แต่แนวคิดที่ถูกนำมาใช้หรืออ้างถึงบ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากความเชื่อและการรับรู้ของเราเกี่ยวกับความหมายของการเป็นมนุษย์ โดยมีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความรักและความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง โรชเป็นแม่ชีและเป็นนักวิชาการศึกษาพยาบาลชาวแคนาดา ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและพัฒนาทฤษฎีรากฐาน (Grounded theory) เกี่ยวกับการดูแลด้วยความเอื้ออาทร และได้อธิบายว่าการดูแลด้วยความเอื้ออาทรเป็นวิถีของความ เป็นมนุษย์ (Human mode of being) ซึ่งลักษณะการดูแลด้วยความเอื้ออาทรนี้มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน มนุษย์จะมีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน โดยบทบาทหน้าที่นี้มีการดูแลเป็นหัวใจหลัก ซึ่งการดูแลของพยาบาลสามารถแสดงออกมาเป็นรูปธรรม คือ พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร (Caring behavior)

ในปี 1984 โรชได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลด้วยความเอื้ออาทรในมนุษย์ ต่อมาในปี 1987 แนวคิดของโรชได้ถูกตีพิมพ์และเผยแพร่ โดยแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรที่ได้ตีพิมพ์ในครั้งนี้ โรชได้ระบุถึงคุณลักษณะพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร 5 ประการ (Roach, 1987) ดังนี้

1. ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion)
2. ความสามารถ (Competence)
3. ความมั่นใจ (Confidence)
4. ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience)
5. ความมุ่งมั่น (Commitment)

ต่อมาในปี 2002 โรชได้ปรับปรุงแนวคิดและได้ระบุคุณลักษณะพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรเพิ่มเติมอีก 1 ประการ คือ ความประพฤติอย่างเหมาะสม (Comportment) กลายเป็น 6 ประการ เรียกสั้น ๆ ว่า 6 C's ซึ่งมีรายละเอียด (Roach, 2002) ดังนี้

1. ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการตระหนักรู้ว่าบุคคลอื่นกำลังประสบกับสิ่งใด ซึ่งจะทำให้บุคคลหนึ่งเข้าสู่ประสบการณ์ของอีกบุคคลหนึ่งได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นเข้าใจและมีความไวต่อความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากของเพื่อนมนุษย์ อีกทั้งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถรับรู้ถึงความกลัว ความเศร้าโศก หรือเสียใจของบุคคลอื่นได้ ซึ่งความเห็นอกเห็นใจไม่ใช่ความสงสาร ไม่ใช่อาลัย แต่เป็นการกระทำที่แสดงถึงความเมตตากรุณา ซึ่งความเห็นอกเห็นใจเป็นคุณธรรมที่ช่วยให้เราสามารถเห็นคุณค่าของผู้อื่น

2. ความสามารถ (Competence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนว่าบุคคลมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจ มีทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทั้งการประเมินปัญหาของผู้ป่วย การคาดการณ์อาการหรือภาวะสุขภาพ การป้องกันอันตราย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และการวางแผนและการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ หากพยาบาลมีความสามารถในการดูแลจะทำให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. ความมั่นใจ (Confidence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการดูแล ซึ่งความเชื่อมั่นจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความสบายใจและตระหนักว่าจะมีคนคอยอยู่เคียงข้างพวกเขาตลอดเวลา ซึ่งความมั่นใจนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย โดยมีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การให้ความยุติธรรมและเสมอภาค เข้าใจและยอมรับความแตกต่างทางความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งคุณธรรมจริยธรรมเป็นเข็มทิศในการกำกับพฤติกรรมการดูแลให้เป็นไปตามความเหมาะสมทางศีลธรรม

5. ความมุ่งมั่น (Commitment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความตั้งใจ ความพยายาม และความอดสาหะที่จะอุทิศตนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ รวมถึงการอุทิศตนในการศึกษาต่อเนื่อง การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการมีทักษะมากขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

6. ความประพฤติที่เหมาะสม (Comportment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่มีความเหมาะสมและให้เกียรติผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกผ่านการกระทำ กิริยาท่าทาง การแต่งกาย และภาษาที่สื่อถึงความห่วงใย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ที่ดีที่แสดงออกอย่างมืออาชีพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและมั่นใจในการดูแล

แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ ถูกใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลด้วยความเอื้ออาทรอย่างมืออาชีพกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งรวมถึงการดูแลด้วยความเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งการดูแลด้วยความเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถผ่านพ้นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นด้วยความสุขสงบ และสามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

เป็นการกระทำของพยาบาลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้คุณสมบัติของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาลที่ฝังแน่นอยู่ในมิติของการปฏิบัติ และเป็นพันธะของวิชาชีพพยาบาลต่อสังคมที่วิชาชีพพยาบาลต้องมี เนื่องจากเป็นอุดมคติที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เข้าใจจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal caring) เป็นทักษะที่พยาบาลทุกคนต้องฝึกฝนและพัฒนาตลอดเวลาที่ทำหน้าที่อยู่ในวิชาชีพ (เยาเวเรค ก้านมะลิ และคณะ, 2563) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขในชีวิต อีกทั้งจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพหลายการศึกษา และผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยการศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ ของเดชทัต อัครธนารักษ์ (2557) ได้มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ที่มีอายุงานอยู่ในช่วง 6-12 เดือน จำนวน 112 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน

6 แห่ง โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ และใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของซูลิพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.84, S.D. = 0.29$)

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของศศิวิมล ปานุราช (2560) ได้มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 295 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ ที่โรงพยาบาลในพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 จำนวน 7 แห่ง โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของซูลิพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.44, S.D. = 14.80$)

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของเยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ได้มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 และพยาบาลจบใหม่ 1 ปี จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 137 คน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของซูลิพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 99.11, S.D. = 25.41$)

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของซาร์ห์ และคณะ (Sah et al., 2022) ได้มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ ที่โรงพยาบาลวิทยาลัยแพทย์เซนต์จอห์น ในบังคาลอร์ รัฐกรณาฏกะ ประเทศอินเดีย โดยใช้พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58) ($M = 27.8, S.D. = 4.61$)

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ของไทย ของชุลีพร พรหมพาหุกุล (Prompahakul, 2011) ได้มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 360 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 11 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่สร้างขึ้นเองจากแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($M = 2.12, S.D. = 0.43$)

นอกจากนี้ การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ ของอารีญา ด่านผาทอง (2552) ได้มีการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 217 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแล โดยใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน และใช้แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของดาวดี และแครบตรี (Daodee & Crabtree, 2005) ที่สร้างจากแนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์อยู่ในระดับมาก ($M = 2.02, S.D. = 0.53$)

จากข้อมูลข้างต้น แม้ว่าระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรแต่ละงานวิจัยในเชิงลึก พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรบางด้านในหลายการศึกษายังมีคะแนนที่ค่อนข้างต่ำ เช่น ความสามารถ (เดชทัต อัครนารักษ์, 2557) และความมุ่งมั่น (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) อีกทั้งคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรบางพฤติกรรมยังมีคะแนนที่ต่ำ เช่น การรักษาคำสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ การมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและผลการวิจัยที่ผ่านมาเพื่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ (เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562) นอกจากนี้ ยังมีพยาบาลบางคนที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยภาพรวมต่ำหรือค่อนข้างต่ำ (เดชทัต อัครนารักษ์, 2557; เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562; ศศิวิมล ปานุราช, 2560) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นทำให้ทราบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีความแตกต่างกันและยังคงต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ และอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล (ศศิวิมล ปราณุราช, 2562) ระดับการศึกษา (Farmani et al., 2018) การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (จิรวัดน์ ประคองพันธ์, 2565) ความรู้ (เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562; ศศิวิมล ปราณุราช, 2562) ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562) โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ส่วนการได้รับการอบรมเตรียมความพร้อม (เตชทัต อัครนารักษ์, 2557; เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562) ทักษะ (Abu Hasheesh et al., 2013; Zhao et al., 2024) ความฉลาดทางอารมณ์ (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) และบรรยากาศองค์กร (ศศิวิมล ปราณุราช, 2562) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

แม้ว่าผลการวิจัยที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลางซึ่งเกิดจากพฤติกรรม จะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน และระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบในแต่ละการศึกษายังมีความแตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และบางการศึกษาศึกษาในพยาบาลจปใหม่เท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงกับพื้นที่วิจัยของการศึกษานี้ได้ การวิจัยนี้จึงเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่ศึกษา และเป็นตัวแปรที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้ดีขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

4.1 อายุ

เป็นปัจจัยที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม (ศศิวิมล ปราณุราช, 2562) และเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ของบุคคล โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นบุคคลจะมีประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูงขึ้น มีความรอบคอบ มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น มีการรับรู้ที่ดี สามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ดีกว่าคนที่มีอายุน้อย (รัตนภรณ์ แบ่งทิศ, 2562) อีกทั้งเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น บุคคลจะมีการปรับตัวเรียนรู้ สิ่งสมประสพการณ์ชีวิต และมีความรับผิดชอบในการทำงานมากขึ้น (วาริน่า หนูพินิจ, 2559; Prompahakul et al., 2011)

จากการศึกษาของอรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันให้บริการสุขภาพ 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลที่มีอายุ 40-60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าพยาบาลที่มีอายุ 20-39 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ที่พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และการศึกษาของทองทิพย์ พรหมศร (2551) ที่ศึกษาการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลผาง พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของอารีญา ต่านผาทอง (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 217 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแพร์ พบว่า พยาบาลที่มีอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งพยาบาลที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุ 20-30 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่แตกต่างกัน

สำหรับการศึกษาของศศิวิมล ปรานูราช (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 295 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ ในโรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .177, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 360 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p < .01$)

อีกทั้งการศึกษาของอัลซัมมารี และคณะ (Alshammari et al., 2023) ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในประเทศซาอุดีอาระเบียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .319, p < .01$) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของซูลีพร พรหมพาหกุล และคณะ (Prompahakul et al., 2011) ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาและวุฒิภาวะ อายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มระดับวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า อายุที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า อายุอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

4.2 ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ

ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพหรือประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเรียนรู้ เนื่องจากประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ และเกิดทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งจะช่วยให้บุคคลมีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น มีการคิดอย่างรอบคอบ และสามารถเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความเหมาะสม ซึ่งบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพเป็นระยะเวลานานย่อมมีความสามารถในการปฏิบัติเรื่องต่าง ๆ ได้ดี มีความสามารถในการวิเคราะห์และการแก้ปัญหาได้ดี มีความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่าง ๆ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน (Brunton & Beaman, 2000) อีกทั้งจะทำให้บุคคลมีข้อมูลในการตัดสินใจและสามารถเลือกแนวทางในการปฏิบัติได้ถูกต้อง (วารินา หนูพินิจ, 2559) นอกจากนี้ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่ต่างกันยังทำให้บุคคลมีการปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพน้อยอาจขาดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะทางการปฏิบัติ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพลดลง ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมากกว่าที่จะมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะมากกว่า (รัตนภรณ์ แบ่งทิศ, 2562) ดังนั้น ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพหรือประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยกำหนดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของพยาบาล

จากการศึกษาของอรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันให้บริการสุขภาพ 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา ด้านผาทอง (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 217 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแพร่ ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .02$) สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่แตกต่างกัน

สำหรับการศึกษาของศศิวิมล ปราณุราช (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 295 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษที่โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของชูลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 360 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของฮันเซอร์ลิโกลู และโกนัคซี (Hancerlioglu & Konakci, 2020) ที่ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 216 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .151, p = .03$) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของชูลีพร พรหมพาหกุล และคณะ (Prompahakul et al., 2011) และหลี่เซีย และวารภรณ์ คงสุวรรณ (Xia & Kongsuwan, 2020) ยังพบว่า ยังพบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานหลายปีจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่จบใหม่ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่นานกว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่น้อยกว่า อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

4.3 การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของอรพรรณ ไชยเพชร (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า เมื่อพยาบาลมีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น มีผลทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการมีประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สิ่งนี้นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของหลีเซียและวารารณ คงสุวรรณ (Xia & Kongsuwan, 2020) ที่พบว่า หากพยาบาลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว/เพื่อน พยาบาลก็จะสามารถสื่อสาร ให้คำแนะนำ และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของชูลีพรพรหมพาหกุล และคณะ (Prompahakul et al., 2011) ที่พบว่า การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรวัดน์ ประคองพันธ์ (2565) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 336 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษที่โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ที่พบว่า การมีประสบการณ์ดูแลบุคคล

ในครอบครัวหรือญาติแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .107, p < .05$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ที่พบว่า พยาบาลที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

4.4 การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การได้รับการอบรมถือเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลมีความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องและเป็นการยกระดับความรู้ความสามารถเชิงวิชาการของบุคคลอื่นจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย พยาบาลที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมจะมีความสามารถเพิ่มขึ้น (Miller et al., 1998)

จากการศึกษาของชูลีพร พรหมพาทกุล (Prompahakul, 2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 360 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.44, p < .05$) โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมจะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม สอดคล้องกับการศึกษาของเหลียว และคณะ (Liao et al., 2023) ที่พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรแตกต่างกัน ($p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของชูลีพร พรหมพาหกุล และคณะ (Prompahakul et al., 2011) ที่พบว่า การฝึกอบรมหรือการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว สอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลแผนกไอซียูที่ระบุว่า การฝึกอบรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (อรพรรณ ไชยเพชร, 2551) นอกจากนี้ การศึกษาของเอวารัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 137 คน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ ยังพบว่า การได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .400, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเตชทัต อัครนารักษ์ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ที่มีอายุงานอยู่ในช่วง 6-12 เดือน จำนวน 112 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ ที่พบว่า การได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .01$) ซึ่งการเตรียมความพร้อมนี้เป็นการได้รับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการเรียน การได้รับการฝึกอบรม และการค้นคว้าความรู้ของพยาบาลจบใหม่ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ที่พบว่า การฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งได้มีการอธิบายว่าอาจเกิดจากระยะเวลาการอบรมนั้นสั้นเกินไปจึงทำให้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ยังพบว่า การอบรม/การได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว

เป็นข้อมูลสนับสนุนว่า การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

4.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติงาน การที่บุคคลได้รับความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ที่มีไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณา และการตัดสินใจอย่างรอบคอบ ทำให้บุคคลเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างสมเหตุสมผล ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้สามารถประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาของฟิรเดาส์ และคณะ (Firdaus et al., 2019) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจอมบั้ง ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ระดับความรู้ที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ปราณุราช (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 295 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ ที่โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244, p < .01$) ซึ่งพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายย่อมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ จำนวน 137 คน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรซ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .208, p < .05$) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของหลี่เซี่ย และวารารณ คังสุวรรณ (Xia & Kongsuwan, 2020) ยังพบว่า ความรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเตชทัต อัครนารักษ์ (2557) ที่มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ที่มีอายุงานอยู่ในช่วง 6-12 เดือน จำนวน 112 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม

และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแล ด้วยความเอื้ออาทรของโรค ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วย ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรัฐใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ระดับความรู้ที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

4.6 ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ทักษะคิดเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากทักษะคิดมีคุณสมบัติของแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลประเมินผลและเลือกสิ่งใด ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองของ บุคคลนั้น ๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ ทักษะคิดมีทิศทางทั้งเชิงบวกและเชิงลบหรือเป็นกลางแตกต่างกันไปใน แต่ละบุคคล แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน อาจเป็นผลมาจากอายุ เพศ การศึกษาเกี่ยวกับ ความตาย ปรัชญาชีวิต ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ความตายในชีวิตประจำวัน (ทักษิณี ทองประทีป, 2552; Cybulska et al., 2022) การมีทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายในเชิงบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากทักษะคิดของ พยาบาลและคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Xia & Kongsuwan, 2020) ดังนั้น ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายจึงเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลและ ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาของทัศน มหามานภาพ และคณะ (2541) พบว่า พยาบาลที่มีทักษะคิดที่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีทักษะคิดไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 270 คน ที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและ หอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน พบว่า ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .397, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอับบูฮาซิช และคณะ (Abu Hasheesh et al., 2013) ที่ศึกษาทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลจำนวน 155 คน ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของรัฐในเมืองอัมมาน ประเทศจอร์แดน ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .01$) โดยพยาบาลที่มีทัศนคติอยู่ในระดับดีจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาของจ้าว และคณะ (Zhao et al., 2024) ที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง จำนวน 852 คน ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลตติยภูมิ 6 แห่ง ในมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ที่พบว่า ทัศนคติของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .391, p < .001$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเยอวาร์ตัน มัชฉิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติไม่ดี อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

4.7 ความฉลาดทางอารมณ์

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีมากยิ่งขึ้น (Carmeli, 2003) โดยเฉพาะพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์นั้นส่งผลต่อพฤติกรรมการสื่อสาร การจัดการกับความเครียด การตอบสนองต่อบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รวมถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่มีความเป็นผู้นำ เช่น การจัดลำดับความสำคัญ การจัดการผู้อื่น การให้ข้อเสนอแนะ และการตัดสินใจที่ซับซ้อน (Garcia, 2020) ซึ่งบุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะพัฒนาตนเองตลอดเวลา มีความรับผิดชอบ ไม่เกี่ยงงาน พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลบุคคลอื่น ทำให้สามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองได้ดี สำหรับวิชาชีพพยาบาลหากพยาบาลมีความฉลาดทางอารมณ์สูงก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาของฮาร์ยานี และลูกมานูลฮาติม (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในเมืองบันเต็น ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .419, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของไฮดายาตี และคณะ (Hidayati et al., 2017) ที่ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมการ

ดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลชาวมุสลิมในเมืองสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson, 2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .260, p < .01$) โดยความฉลาดทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า ความฉลาดทางอารมณ์อาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

5. เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำนวน 3 เครื่องมือ ดังนี้

5.1 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยอารีญา ด่านผาทอง (2552) ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของดาวดี และแครบตรี (Daodee & Crabtree, 2005) ที่สร้างจากแนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson's transpersonal caring theory) มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ตามปัจจัยการดูแล 10 ประการ ของวัตสัน ได้แก่ ด้านการสร้างค่านิยมของการมีมนุษยธรรม มีเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการสร้างศรัทธาและให้ความหวัง ด้านการสร้าง ความไวต่อตนเองและผู้อื่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือ การไว้วางใจและจริงใจ ด้านการยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ด้านการใช้กระบวนการแก้ปัญหา อย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล ด้านการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้วยการชี้แนะและการให้ข้อมูลที่เหมาะสม ด้านการประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล และด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบบสอบถามฉบับนี้ถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วย พิเศษ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลแพร์) จำนวน 20 ราย จากนั้นคำนวณหา

ค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

5.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยระยะสุดท้าย (The caring behaviors for dying patient scale: CDPs) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยสุภาพร ดาวดี (2551) ซึ่งสร้างขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's caring theory) ผสมผสานกับกระบวนการตอบสนองต่อความตายของ Kubler-Ross และอาศัยแบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโคลินและแฮร์ริสัน (Cronin & Harrison, 1988) เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามฉบับนี้ มีข้อความทั้งหมด 50 ข้อ แบ่งออกเป็น 12 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สุขสบาย ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเอง ด้านการเคารพผู้ป่วย ด้านการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจกัน ด้านการช่วยผู้ป่วยจัดการกับความทุกข์ ด้านการสนใจผู้ป่วย ด้านความเอื้ออาทรอย่างจริงใจ ด้านการช่วยเหลือในระยะเวลาต่าง ๆ ของกระบวนการความตาย ด้านการเคารพต่อความเชื่อของผู้ป่วย ด้านการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และด้านการส่งเสริมการสื่อสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ แบบสอบถามฉบับนี้ถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อแบบสอบถามมีสมบูรณ์แล้วจึงแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ และจากภาษาอังกฤษเป็นไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษาจำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 40 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95

5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร (Nurse's caring behavior for dying patients questionnaire: NCBDPQ) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย มีข้อความทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ตามคุณลักษณะ 6 ประการของโรช ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความมั่นใจ ความมีคุณธรรมจริยธรรม ความมุ่งมั่น และความประพฤติอย่างเหมาะสม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ แบบสอบถามฉบับนี้ถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหาและสำนวนภาษา แล้วนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

(พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของไทย) จำนวน 30 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97

จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร พบว่า แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นโดยอารีญา ด่านผาทอง (2552) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นโดยสุภาพร ดาวดี (2551) สร้างมาจากแนวคิดอื่นที่ไม่ใช่แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้แบบสอบถามดังกล่าว ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่สร้างขึ้นโดยชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) แม้ว่าจะสร้างบนพื้นฐานแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อ พบว่า ข้อคำถามหลายข้อไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรในงานวิจัยนี้ อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมความต้องการการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้แบบสอบถามดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรขึ้นมาใหม่บนพื้นฐานแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างถูกต้องและตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะในงานวิจัยนี้มากที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้น การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลเพื่อขจัดสิ่งรบกวนที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Xia & Kongsuwan, 2020) การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคน พยาบาลผู้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี ซึ่งควรมีครอบคลุมทั้งหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ , 2554) การจัดการเกี่ยวกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย เช่น ความปวด หายใจลำบาก และคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น และการดูแลด้านจิตสังคม รวมถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ross et al., 1996) นอกจากนี้ พยาบาลยังจำเป็นต้องทราบถึงปัญหาและความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 เครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย รสพร ประทุมวัน (2534) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก ซึ่งคำถามในแบบสอบถามครอบคลุมเนื้อหาของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 2 ข้อ ขั้นตอนในการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 4 ข้อ การดูแลด้านร่างกาย 3 ข้อ การดูแลด้านจิตวิญญาณและจิตอารมณ์ 4 ข้อ การดูแลครอบครัวและสังคม 5 ข้อ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 4 ข้อ แบบสอบถามฉบับนี้ถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 11 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหาและสำนวนภาษา แล้วนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร) จำนวน 30 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .72

2.2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบถูก ผิด หรือไม่ทราบ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ข้อ อาการและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 12 ข้อ และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 7 ข้อ แบบสอบถามถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา

และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลจักษุ โสต คอ นาสิก และงานการพยาบาลอายุรศาสตร์) จำนวน 20 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .59

2.3 แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (Palliative care quiz for nurse: PCQN) เป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยธีระชล สาทสิน (2559) บนฐานแนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายและตาย การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ เป็นข้อคำถามถูก 13 ข้อ และข้อคำถามผิด 7 ข้อ ซึ่งคำถามในแบบสอบถามครอบคลุมเนื้อหาของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ข้อ การดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ 3 ข้อ และการจัดการกับอาการ 13 ข้อ แบบสอบถามฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบการแปลข้อคำถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้รับการตรวจสอบการแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นมีการนำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา ภาษา และวัฒนธรรม แล้วนำมาปรับแก้ตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช) จำนวน 30 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .88

2.4 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (City of hope national medical center: COHNMC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยจันทร์เพ็ญ มโนศิลปากร (Manosilapakorn, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับความปวด การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก ซึ่งแต่ละ

ด้านมีข้อความด้านละ 5 ข้อ แบบสอบถามฉบับนี้ถูกนำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .61

จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ข้อคำถามของแบบสอบถามแต่ละฉบับยังไม่ครอบคลุมหรือตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้แบบสอบถามที่มีการสร้างไว้ก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยทำการสร้างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นมาใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมบนฐานแนวความคิดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สามารถประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างถูกต้องและตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะในงานวิจัยนี้มากที่สุด

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ทัศนคติเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากทัศนคติมีคุณสมบัติของแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลประเมินผลและเลือกสิ่งใด ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ ดังนั้น การมีทัศนคติในเชิงบวกต่อสิ่งต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ทัศนคติ เป็นความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งที่เป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ และเหตุการณ์ มีทิศทางทั้งเชิงบวกและเชิงลบหรือเป็นกลาง เมื่อเกิดความรู้สึกบุคคลนั้นจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ตามทิศทางความรู้สึกของตน

สำหรับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย (ทัศนมา มหานุภาพ และคณะ, 2541) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกันซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากทัศนคติของพยาบาลและคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Xia & Kongsuwan, 2020) และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ay & Oz, 2018)

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับความตาย

การเกิดและการตายเป็นเรื่องของคู่กัน มนุษย์หรือสัตว์ที่เกิดมาล้วนต้องตายด้วยกันทั้งสิ้น บุคคลส่วนใหญ่มักได้เรียนรู้เรื่องความตายจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น เห็นการตายของสัตว์เลี้ยง การตายโดยสมมติจากบทภาพยนตร์ การตายของเพื่อนมนุษย์จากข่าวในหนังสือพิมพ์ รวมทั้งการตายของบุคคลอันเป็นที่รักของตน บุคคลทั่วไปมักคิดว่าความตายคงไม่เกิดกับตนเร็วนัก ก่อนจะตายขอผ่านประสบการณ์ชีวิตในช่วงวัยต่าง ๆ ก่อน โดยคิดเข้าข้างตนเองว่าควรตายในวัยแก่ชรา แม้ว่าความตายจะเป็นความจริงและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ไม่มีใครหนีพ้น แต่ความจริงนี้มักไม่มีใครกล่าวถึงมากนัก เพราะทำให้จิตใจหดหู่และหวาดหวั่นต่อการพลัดพรากจากสิ่งที่รักและห่วงหาเหวน ความตายจึงเป็นประเด็นที่ไม่มีใครชวนสนทนาเพราะคิดว่าการพูดถึงความตายไม่เป็นมงคล เหมือนเป็นกลางร้าย การรับรู้เกี่ยวกับความตาย ความเข้าใจ และการยอมรับในสังขารชีวิตนี้ย่อมขึ้นกับสติปัญญาและวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล สำหรับวัยผู้ใหญ่และวัยชรา โดยปกติแล้วการรับรู้เรื่องความตายจะได้รับอิทธิพลจากสังคม ศาสนา และวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1.2 ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์เมื่อต้องเผชิญกับการตายของคนที่คุณรักก็จะมีอาการเศร้าโศกได้เช่นกัน พฤติกรรมที่แต่ละคนแสดงออกต่อความเศร้าโศกนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ประสบการณ์ในอดีต ถ้าบุคลากรทางการแพทย์เคยเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่คุณรัก อาจเป็นญาติหรือมิตรสหายย่อมทำให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ได้ถึงความรู้สึกโศกจากการสูญเสียนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลเหล่านั้นไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของคนที่คุณรักมาก่อน ย่อมขาดประสบการณ์และไม่เข้าใจว่าบุคคลที่กำลังจะตายต้องการสิ่งใด จึงคาดหวังได้ยากว่าบุคคลเหล่านั้นจะแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ในการศึกษาและการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แต่ละคนอาจมีความคิดและความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป บางคนอาจมีท่าทีต่อผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและเห็นใจ บางคนอาจมองว่าคุณป่วยกลุ่มนี้ไม่น่าสนใจ ไม่มีอะไรจะทำให้ได้มากไปกว่านี้แล้ว ในขณะที่บางคนอาจมองว่าคุณป่วยระยะสุดท้ายเป็นตราบาป (Stigma) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งบางประเภท เช่น เอ็ดส์หรือโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ดังนั้น พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์อาจแสดงออกและปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติจึงแตกต่างกันขึ้นกับทัศนคติที่มีต่อชีวิต การเจ็บป่วย และการตายทั้งของตนเองและของผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ทั้งนี้ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายสามารถสรุปเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี, 2552) ดังนี้

1. ผู้กล้า คนที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้มักมีจิตใจที่เตรียมพร้อมและมองเห็นความจริงแท้ของสรรพสิ่ง ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ พืช หรือสัตว์ ล้วนเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปในที่สุด ซึ่งแปลได้ว่าทุกสรรพสิ่งพร้อมที่จะตายได้ทุกที่ทุกเวลา คนกลุ่มนี้จะมองเห็นความเสื่อมไปของทุกสิ่งเป็นธรรมดา ตัวอย่างเช่น เห็นถ้วยลายครามที่สวยงามตั้งอยู่ก็มองว่ามีสิทธิ์แตกได้ ส่วนต้นไม้ถึงแม้เจ้าของจะทะนุถนอม ใส่ปุ๋ยพรวนดิน รดน้ำ และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี เมื่อถึงเวลาหมดอายุขัยจะอย่างไรต้นไม้ก็ต้องตาย สัตว์ก็เช่นเดียวกันทั้งสัตว์เลี้ยงและสัตว์ไม่เลี้ยงก็มีสิทธิ์ตายเท่ากัน คนที่มีสมมออันชาญฉลาดประดิษฐ์คิดค้นได้ทุกอย่าง มีเกียรติยศ มีชื่อเสียงก็ต้องพบกับความตายในที่สุด แม้ท่านพุทธทาส ซึ่งเป็นผู้รู้แจ้งในทุกสิ่ง เป็นอริยเจ้าแห่งสวนโมกขพลาราม ท่านก็ต้องพบกับความตาย

บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มนี้จะมีความคิดเห็นว่า ความตายเป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งในธรรมชาติที่ดำเนินต่อเนื่องกันไป มีความรู้สึกยอมรับต่อความตายที่เกิดขึ้น และคิดว่าการระลึกถึงความตายมีประโยชน์เพราะจะทำให้ไม่ประมาท คิดว่าความตายเป็นสัจธรรม เมื่อถึงวาระสุดท้ายแล้วทุกคนก็ต้องจบชีวิตลง แม้จะฝันหรือจะยึดอยู่ด้วยยาหรือเทคโนโลยีก็ไม่สามารถหยุดความตายไว้ได้ หรือแม้แต่จะเร่งรัดให้ชีวิตจบลงโดยเร็วด้วยเห็นว่าเป็นช่วงเวลาที่น่าเศร้า ทุกข์ทรมานเจ็บปวด ร่างกายจะแตกออกเป็นเสี่ยง ๆ ก็ไม่สามารถทำได้ คนกลุ่มนี้จะมีความมองจากกล้าหาญและสามารถเผชิญกับความตายของผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้าด้วยความสงบเยือกเย็น มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเต็มความสามารถ และจะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยมุ่งเน้นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามที่ต้องการ เช่น สวดมนต์ ฟังเทศน์ อธิษฐาน หรือการปรารภณาที่จะอยู่เพียงลำพังเพื่อทำสมาธิก่อนเสียชีวิต อีกทั้งมีการเอื้ออำนวยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีโอกาสได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจและไม่รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงเพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึกอัดอั้นตันใจออกมา รวมทั้งยอมรับในความโศกที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออก บุคคลกลุ่มนี้จะคิดว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นการทำบุญจะได้ผลตอบแทนในสิ่งที่ดี

2. ผู้กลัว คนที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้มักมีความกลัวต่อความตายและจะมองความตายเป็นสัญลักษณ์ของการสูญเสียพลัดพราก ซึ่งสามารถแบ่งการสูญเสียพลัดพรากเป็น 2 ประการ ได้แก่ ประการแรก การสูญเสียพลัดพรากจากคน เมื่อความตายมาเยือนคนกลุ่มนี้จะกลัวการพลัดพรากจากคนรอบข้างซึ่งมากนักน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน คนกลุ่มนี้จะคิดว่าเมื่อตนเองตายไปแล้ว คนที่ยังอยู่ข้างหลังจะอยู่อย่างไร ใครจะดูแล ใครจะแก้ไขปัญหา คนที่ยังอยู่คงจะว่าแห้วเจี๊ยบเหงา ทุกข์โศก และขาดที่พึ่งสำคัญ

ประการที่สอง การสูญเสียพลัดพรากจากงาน คนกลุ่มนี้มักกลัวการสูญเสียภาระหน้าที่การงานของตน มีความเป็นห่วงทุกเรื่องที่ยังจัดการไม่เรียบร้อยหรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ บางคนเพิ่งได้รับตำแหน่งใหม่ เพิ่งเริ่มต้นทำงานที่กำลังจะรุ่งโรจน์ แต่กลับล้มป่วยและรอความตาย คนอื่นที่ทำหน้าที่แทนจะทำได้ไม่ดีเท่าตนเอง กิจการจะเสื่อมถอยทรุดลงหรือล้มละลายลง เกิดความรู้สึกรักภาระหน้าที่การงาน มีห่วงไม่อยากตาย และอยากอยู่กับงาน

บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มนี้จะมีความคิดเห็นว่าการรู้และเข้าใจกระบวนการตายจะทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวลมากขึ้น กลัวผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน บางคนเชื่อว่าการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายมีผลให้กลัวการตายเพิ่มขึ้น และมักจะรู้สึกสูญเสียผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตน เพราะมีความคุ้นเคยผูกพันที่ได้ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง และยังรู้สึกว่าได้ใช้ความรู้ความสามารถทุ่มเทดูแลเอาใจใส่เต็มกำลังฝีมือแล้วแต่ก็ยังไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ รวมทั้งรู้สึกสูญเสียบุคคลผู้ที่เป็นบุคคลสำคัญและทำประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม ชุมชน มีความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เป็นผู้นำหรือร่วมพิธีกรรมไหวของครอบครัว เป็นลูกคนเดียว ฯลฯ บุคลากรที่ตกอยู่ในภาวะนี้จะหลีกเลี่ยงการพบปะผู้ป่วยหรือญาติเพื่อบอกความจริง ไม่อยากคิดไม่อยากพูดเกี่ยวกับความตาย มีความอึดอัดกังวลใจ สลดหดหู่ ทุกข์ใจ และไม่อยากอยู่ในที่ที่มีผู้ป่วยตาย

3. ผู้ลวง คนที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้จะปรุงแต่งความคิดต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อต่อสู้กับความกลัวของตนเอง เพื่อลดความรู้สึกสยดสยองต่อความจริงของความตายที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น คนกลุ่มนี้จึงมองความตายเป็นเหตุฉุกเฉินเร่งด่วนของชีวิต เป็นความล้มเหลวไร้สาระ ชีวิตไม่มีคุณค่าและเป็นโศกนาฏกรรม คนกลุ่มนี้มองความตายเป็นสิ่งหลอกลวงเป็นเพียงการเปลี่ยนสถานภาพ เป็นเสมือนจุดเริ่มต้นของชีวิตอีกรูปแบบหนึ่งไม่ใช่การสิ้นสุด เป็นเพียงการถูกลดทอนให้เหลือเพียงแค่มิติทางกายภาพ จิตวิญญาณเพียงล่องลอยไป ผู้ป่วยยังไม่ตาย

บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มนี้จะไม่อยากพูดถึงความตาย มีความลำบากใจในการเผชิญกับความตาย รู้สึกเศร้าและท้อแท้ จะโกหกตนเองว่าเป็นเพียงคนไข้ไม่ใช่คนใกล้ตาย ทำให้บุคลากรเหล่านี้ปวดร้าวใจที่ไม่ยอมรับในสิ่งที่ทุกคนรู้ แต่กลับเลือกที่จะโกหกตนเอง จิตใจฝักใฝ่ถึงชีวิตโลกหน้า หมกมุ่นครุ่นคิดชีวิตหลังความตายว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจว่าหลังการตายนี้แล้วยังมีหวังต่อชีวิตหลังความตาย

ทัศนคติเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายนั้น ในความจริงแต่ละคนมีความคิดได้หลายแบบ น้อยคนที่จะจัดเป็นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว บางคนเป็นทั้งผู้กลัว ผู้กลัวผู้ลวง แต่จะเด่นในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยมีกลุ่มอื่น ๆ แอบแฝงอยู่ หรือบางคนอาจมีความเด่นในแต่ละกลุ่มเท่า ๆ กัน ลักษณะเด่นหรือลักษณะแฝงของความคิดเห็นเกี่ยวกับความตายดังกล่าวจะมีผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมต่อความตายแตกต่างกัน

2. เครื่องมือประเมินทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย จำนวน 2 เครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย (Attitude toward death and the dying patients) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยทัศน มหาอนุภาพ และคณะ (2541) ซึ่งสร้างมาจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามฉบับนี้ถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วหาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .60

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย (ฉบับปรับปรุง) [Death attitude profile-revised (DAP-R) scale] เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยห่อง และคณะ (Wong et al., 1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การกลัวความตาย 7 ข้อ การหลีกเลี่ยงความตาย 5 ข้อ การยอมรับความตาย 5 ข้อ การยอมรับการหลุดพ้น 5 ข้อ และการยอมรับแนวทาง 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 7 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) แต่ละด้านอยู่ระหว่าง .65 - .95

จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายที่สร้างขึ้นโดยห่อง และคณะ (Wong et al., 1994) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีข้อคำถามไม่ครอบคลุมนิยามศัพท์เฉพาะของทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้แบบสอบถามดังกล่าว ส่วนแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายที่สร้างขึ้นโดยทัศน มหาอนุภาพ และคณะ (2541) ถึงแม้จะสร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย อย่างไรก็ตามแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถามบางข้อที่ยังไม่สอดคล้องและไม่ครอบคลุมนิยามศัพท์เฉพาะของทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายในการวิจัยนี้ อีกทั้งแบบสอบถามดังกล่าวมีค่าเที่ยงที่ค่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามของทัศน มหาอนุภาพ และคณะ (2541) มาดัดแปลงเพื่อให้ข้อคำถามในแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะมากที่สุด เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สามารถประเมินทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ความฉลาดทางอารมณ์

การที่คนเราจะอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างดีและมีความสุขได้ต้องรู้จักการบริหารจัดการอารมณ์และควบคุมอารมณ์ให้ได้ การบริหารจัดการทางอารมณ์ในรูปแบบของความฉลาดทางอารมณ์มีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและต่อบุคคลอื่น อารมณ์มีอิทธิพลต่อความนึกคิดและพฤติกรรมของคนเราเป็นอย่างมาก หากเราสามารถควบคุมและใช้อารมณ์ให้เกิดประโยชน์ อารมณ์ก็จะเป็นสิ่งที่ให้คุณมากกว่าให้โทษ สำหรับบุคคลที่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้มักจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จ ความฉลาดทางอารมณ์จึงเป็นหนึ่งในทักษะพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของชีวิต

1. แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์

ปัจจุบันความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient หรือ Emotional intelligence: EQ) มีบทบาทอย่างมากมาในชีวิตประจำวัน และมีความสำคัญกับการทำงาน การปรับตัว การบริหารจัดการในองค์กรต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องการใช้การตัดสินใจอย่างเร่งด่วน ในอดีตเรามักได้ยินหรือได้เห็นถึงการนิยามยกย่องคนเก่ง เพราะมีความคิดว่าคนเก่งนั้นจะประสบความสำเร็จทั้งชีวิตการเรียนและการทำงานเพราะมีสมองที่ชาญฉลาดปราดเปรื่อง เมื่อเวลาผ่านไปก็ทำให้พบว่า คนเก่งแม้จะเรียนได้ประสบความสำเร็จและเข้าทำงานในตำแหน่งที่ดี แต่ใ่ว่างจะประสบความสำเร็จในอาชีพหรือชีวิตเสมอไป บทบาทเรื่องความฉลาดทางอารมณ์จึงมีส่วนสำคัญในทุกกิจกรรมและทุกวันของชีวิต โดยมีส่วนช่วยพัฒนาตน สร้างศักยภาพในตนเองให้มีประสิทธิภาพ รักและเข้าใจเพื่อนร่วมงาน คนใกล้ชิด และเป็นผู้นำที่ดีในอนาคตได้ จึงถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสำคัญ (ภูมิวรพล ฤณญา, 2563)

1.1 ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

กรมสุขภาพจิต (2543) ให้ความหมายความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข เราทุกคนจำเป็นต้องรู้จักความฉลาดทางอารมณ์ของตนเอง เพื่อการพัฒนาและการใช้ศักยภาพตนเองในการดำเนินชีวิตครอบครัว การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ

วีระวัฒน์ ปันนิตามัย (2551) ให้ความหมายความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นความสามารถในการบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่นได้อย่างชาญฉลาด โดยเริ่มจากความตระหนักรู้จักอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น เข้าใจ ดีความ และใช้ประโยชน์ในการสร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเอง มีการแสดงความเข้าใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น และมีทักษะทางสังคมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับกาลเทศะ

ซาโลเวย์ และเมเยอร์ (Salovey & Mayer, 1997) ให้ความหมายความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและความสามารถที่จะแสดงอารมณ์ของตนเองออกมา รวมทั้งเข้าใจอารมณ์และการแสดงอารมณ์ของผู้อื่น สามารถใช้อารมณ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคิด การจำ และช่วยให้เกิดมุมมองการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สามารถแยกแยะวิเคราะห์อารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับงานหรือสถานการณ์ในขณะนั้น และสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ของผู้อื่นโดยการให้กำลังใจเมื่อเขาท้อแท้ได้

โกลแมน (Goleman, 1998) ให้ความหมายความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นความสามารถในการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น จนสามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างประสบความสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ สรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าใจและตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น และสามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างชาญฉลาด เพื่อให้การดำเนินชีวิต ครอบครัว การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสร้างสรรค์ มีความสุข และประสบความสำเร็จ

1.2 องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า มีผู้ที่อธิบายองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

1.2.1 องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต (2543) ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องความฉลาดทางอารมณ์ที่ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

ความดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง
 - รู้อารมณ์และความต้องการของตนเอง
 - ควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองได้
 - มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม
- 2) ความสามารถในการเห็นใจผู้อื่น
 - ใส่ใจผู้อื่น
 - เข้าใจและยอมรับผู้อื่น
 - แสดงความเห็นใจอย่างเหมาะสม

3) ความสามารถในการรับผิดชอบ

- รู้จักการให้ รู้จักการรับ
- รู้จักรับผิด รู้จักให้อภัย
- เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม

ความเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ความสามารถในการรู้จักและสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง

- รู้ศักยภาพของตนเอง
- สร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเองได้
- มีความมุ่งมั่นที่จะไปถึงเป้าหมาย

2) ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา

- รับรู้และเข้าใจปัญหา
- มีขั้นตอนในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม
- มีความยืดหยุ่น

3) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

- รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
- กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม
- แสดงความเห็นที่ขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์

ความสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภาคภูมิใจในตนเองพอใจในชีวิต และมีความสุขสงบทางใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ความภูมิใจในตนเอง

- เห็นคุณค่าในตนเอง
- เชื่อมั่นในตนเอง

2) ความพึงพอใจในชีวิต

- รู้จักมองโลกในแง่ดี
- มีอารมณ์ขัน
- พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่

3) ความสงบทางใจ

- มีกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุข
- รู้จักผ่อนคลาย
- มีความสงบทางจิตใจ

- คิดอย่างพินิจพิเคราะห์ถึงภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น เล็งเห็นได้ว่าความรู้สึกเหล่านั้นชัดเจนคงอยู่ มีเหตุผล และส่งผลต่อการปฏิบัติของตนเช่นไร
- บริหารจัดการภาวะอารมณ์ของตนและคนอื่นได้ ลดความรุนแรงทางอารมณ์เชิงลบได้ แสดงออกอารมณ์เชิงบวกโดยไม่บิดเบือน หรือมีกลวิธีในการป้องกันตนเองมากเกินไป

1.2.3 องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ของโกลแมน

โกลแมน (Goleman, 1998) ได้ระบุองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ 2 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะส่วนบุคคล และสมรรถนะทางสังคม โดยในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สมรรถนะส่วนบุคคล มีองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ คือ

- การตระหนักรู้ตนเอง ได้แก่ มีความตระหนักและรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง รู้ว่าตนเองรู้สึกอย่างไรเพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น ประเมินตนเองได้ถูกต้อง รู้จุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง มั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเอง
- การกำกับหรือการควบคุมตนเอง ได้แก่ กำกับควบคุมและจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนได้ ไว้วางใจได้ รักษาความซื่อสัตย์และคุณความดี มีจิตสำนึก มีความรับผิดชอบ สามารถปรับตัวได้ ยืดหยุ่นต่อสิ่งที่เปลี่ยนแปลง สร้างสิ่งใหม่ และเปิดรับแนวคิดและข้อมูลใหม่ ๆ
- การปลุกดันตนเอง ได้แก่ การมีพลังปลุกดันสู่ความสำเร็จ พยายามที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงสู่มาตรฐานอันเป็นเลิศ มีความผูกพันยึดมั่นในเป้าหมายของกลุ่มหรือองค์กร มองโลกในแง่ดี มุ่งมั่น และไม่กลัวความล้มเหลว

2) สมรรถนะทางสังคม มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ

- การเอาใจเขาใส่ใจเรา ได้แก่ เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่น ทราบความต้องการและสนับสนุนความสามารถของพวกเขา มีจิตใญ่มุ่งบริการ รับรู้ และตอบสนองความต้องการของผู้อื่น ยอมรับในตัวผู้อื่น ยอมรับว่าบุคคลมีความแตกต่างกัน ตระหนักรู้ทัศนยะและความคิดเห็นของกลุ่ม
- ทักษะทางสังคม ได้แก่ สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ น่าเชื่อถือ จัดการกับความขัดแย้งได้ดี มีความเป็นผู้นำ สามารถสร้างความร่วมมือร่วมใจภายในกลุ่ม ริเริ่มให้เกิดความเปลี่ยนแปลงและจัดการกับความเปลี่ยนแปลงได้ และเสริมสร้างความร่วมมือร่วมใจกับผู้อื่นเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย

1.3 คุณลักษณะของผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ สามารถแบ่งคุณลักษณะของผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ออก 2 กลุ่ม ได้ดังนี้

1.3.1 ลักษณะของผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ

ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ คือ ผู้ที่ดำเนินชีวิตอยู่บนรากฐานของการหมกมุ่นอยู่กับเรื่องส่วนตัวมากกว่าการใส่ใจผู้อื่นที่อยู่รอบข้าง และให้ความสำคัญกับอารมณ์มากกว่าเหตุผลข้อเท็จจริง อารมณ์ส่วนใหญ่มักจะเป็นอารมณ์เชิงลบ บางคนแสดงอารมณ์โดยตรง บางคนอาจหมกมุ่นอยู่กับอารมณ์ภายในโดยไม่แสดงออกให้คนอื่นทราบ บางคนอาจแสดงอารมณ์ไม่ตรงกับอารมณ์ที่แท้จริง ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำมักเป็นผู้ที่ไม่มีความสุขที่แท้จริง ไม่มีอารมณ์ขัน ชีวิตมีแต่ความทุกข์ซึ่งอาจเป็นความทุกข์จากการที่ตนไม่พอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ หรือไม่สมหวังในสิ่งที่คาดหวัง หรืออาจทุกข์จากการปรับตัวเข้ากับคนอื่นไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำมองโลกในแง่ร้าย ขาดความไว้วางใจสังคม จึงมีแนวโน้มที่จะเรียกร้องจากสังคมมากกว่าการให้ และทำลายมากกว่าสร้างสรรค์ ดังนั้น ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำจึงเป็นผู้ที่มักจะทำให้คนอื่นพลอยเดือดร้อนไปด้วย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2556)

1.3.2 ลักษณะของผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง

ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมักจะแยกแยะระหว่างความคิดและอารมณ์ได้ ชอบสั่งสมอารมณ์เชิงบวกมากกว่าอารมณ์เชิงลบ มีความหนักแน่นไม่หวั่นไหวง่าย พยายามรักษาสมดุลระหว่างเหตุผล เมื่อแสดงอารมณ์ออกไปแล้วจะรับผิดชอบต่ออารมณ์ที่แสดงออก ไม่สับสนหรือปกป้องตนเองหรือโยนความผิดให้กับผู้อื่นหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงสามารถตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเอง มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองตลอดเวลา สามารถใช้ประโยชน์จากอารมณ์ทั้งให้เกียรติและยอมรับอารมณ์คนอื่น ไม่บังคับ ควบคุม ตัดสิน วิจารณ์ หรือสั่งสอนคนอื่น แต่หลีกเลี่ยงที่จะคบหรือสมาคมกับคนที่มามีอารมณ์ไม่มั่นคง ไร้เหตุผล หรือมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ ไม่เกี่ยงงาน และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น จึงมักเป็นผู้ที่อยู่ด้วยแล้วมีความสุข (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2556)

2. เครื่องมือประเมินความฉลาดทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า มีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินความฉลาดทางอารมณ์จำนวนมาก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเครื่องมือตามองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์และเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้บ่อย ซึ่งมีจำนวน 5 เครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) ของกรมสุขภาพจิต (2543) เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกในด้านต่าง ๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) ที่ฉบับเท่ากับ .82 (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2552)

2.2 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของนิตา แซ่ตั้ง (2555) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของซาโลเวย์และเมเยอร์ (Salovey & Mayer, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ด้านทักษะทางสังคมและมนุษยสัมพันธ์ ด้านการตระหนักรู้ตนเอง และด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งแต่ละด้านจะมีข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก มีค่าความเที่ยง (Reliability) แต่ละด้านอยู่ระหว่าง .80 - .84

2.3 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของสุพรรณ มางลาด (2561) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถามของอคัมย์สิริ ลียาชัย (2555) และอัญชลี ยะโหนด (2555) ตามแนวคิดโกลแมน (Goleman, 1998) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ตนเอง ด้านการจัดการกับอารมณ์ตนเอง ด้านแรงจูงใจในตนเอง ด้านการร่วมรับรู้ความรู้สึก ด้านทักษะทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 30 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86

2.4 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ (Trait Meta-Mood Scale) ของสโลเวย์ และคณะ (Salovey et al., 1995) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเอาใจใส่ต่ออารมณ์ความรู้สึก (Attention to feeling) 13 ข้อ ความชัดเจนในการแยกแยะอารมณ์ความรู้สึก (Clarity of feeling) 11 ข้อ และการปรับสภาวะอารมณ์ (Mood repair) 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) แต่ละด้านเท่ากับ .86, .88, และ .82 ตามลำดับ

2.5 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence Test) ของโกลแมน (Goleman, 1998) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดที่ สรุ่ยย่อที่สุดที่โกลแมนได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง การจัดการอารมณ์ของตนเอง การสร้างแรงจูงใจในตนเอง การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ลักษณะคำตอบผู้ตอบต้องระบุคำตอบที่มีต่อสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด แบบสอบถามฉบับนี้ไม่เป็นที่ยอมรับใช้ในการวิจัยมากนัก เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างต่ำ ($r = .180$) จากการที่มีข้อคำถามจำนวนน้อย (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2552)

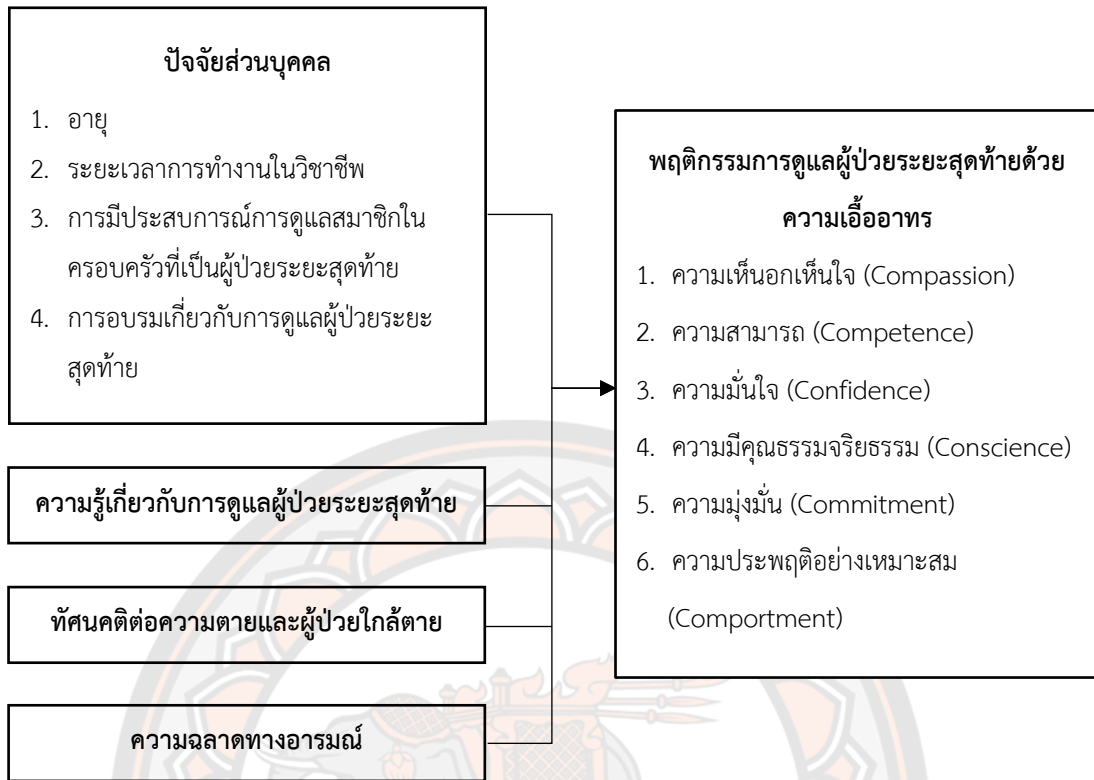
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) ของกรมสุขภาพจิต (2543) ในการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ใหญ่ และมีความเหมาะสมกับการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของชาวไทย เนื่องจากแบบประเมิน

ดังกล่าวถูกสร้างขึ้นมาใช้เพื่อใช้ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของชาวไทยโดยเฉพาะ อีกทั้งแบบสอบถามดังกล่าวตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะของความฉลาดทางอารมณ์ในงานวิจัยนี้มากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของ โรช (Roach, 2002) ที่เชื่อว่าพยาบาลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตามคุณลักษณะ 6 ประการ ประกอบด้วย 1) ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการเข้าใจและเอาใจใส่ต่อความกลัว ความเศร้าโศก ความเสียใจ ความเจ็บปวด ความไม่สบาย ความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากของเพื่อนมนุษย์ 2) ความสามารถ (Competence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนว่าบุคคลมีความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี 3) ความมั่นใจ (Confidence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการดูแล 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 5) ความมุ่งมั่น (Commitment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความตั้งใจ ความพยายาม และความอดสาหัสที่จะอุทิศตนเพื่อการดูแลผู้ป่วย และ 6) ความประพฤติที่เหมาะสม (Comportment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่มีความเหมาะสมและให้เกียรติผู้ป่วย

จากการพบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การที่พยาบาลจะมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของโรชนั้น มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ และอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยใช้แนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช ร่วมกับการทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 324 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

การคำนวณและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับขั้นตอนการกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-power โดยใช้สถิติ Linear multiple regression ในการคำนวณ ซึ่งกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางสำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ตามการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของโคเฮน (Cohen, 1977) เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและเพียงพอที่จะควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนในการทดสอบสมมติฐานชนิดที่ 2 (Type II error) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2564) จากการแทนค่าดังกล่าวข้างต้นในโปรแกรมสำเร็จรูป G-power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 คน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่มีการศึกษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกันกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนไม่ครบทุกคน เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ของไทย ของชูลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่กลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบสอบถามร้อยละ 98.06 และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าแบบสอบถามที่ได้รับคืนมีความสมบูรณ์ของข้อมูลไม่ครบทุกฉบับ เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของศศิวิมล ปานุราช (2560) ที่แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความสมบูรณ์ของข้อมูลร้อยละ 92.7 ดังนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการฉ้อโกงที่แบบสอบถามได้รับกลับคืนมาไม่สมบูรณ์ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มเลือกหมายเลขประจำตัวของพยาบาลจนกระทั่งครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

2. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ที่ยังใช้ประโยชน์ได้ (ไม่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนหรือหมดอายุ)

3. มีความเต็มใจและยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เป็นพยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้บริหารที่ไม่ได้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง
3. มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ (Check list) และเติมคำรวม 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดทั้งหมด 38 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 35 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 20, 27, และ 36 แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion)	มี 8 ข้อ (ข้อ 1-8)
ความสามารถ (Competence)	มี 6 ข้อ (ข้อ 9-14)
ความมั่นใจ (Confidence)	มี 6 ข้อ (ข้อ 15-20)
ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience)	มี 7 ข้อ (ข้อ 21-27)
ความมุ่งมั่น (Commitment)	มี 5 ข้อ (ข้อ 28-32)
ความประพฤติอย่างเหมาะสม (Comportment)	มี 6 ข้อ (ข้อ 33-38)

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย (ร้อยละ 0)
น้อยที่สุด	หมายถึง	เคยกระทำพฤติกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 1-25)
น้อย	หมายถึง	เคยกระทำพฤติกรรมนั้นบางครั้ง (ร้อยละ 26-50)
มาก	หมายถึง	เคยกระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง (ร้อยละ 51-75)
มากที่สุด	หมายถึง	เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ (ร้อยละ 76-100)

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ	
ไม่เคย	ได้	1	5	คะแนน
น้อยที่สุด	ได้	2	4	คะแนน
น้อย	ได้	3	3	คะแนน
มาก	ได้	4	2	คะแนน
มากที่สุด	ได้	5	1	คะแนน

จากการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้างต้น ทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 38-190 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนที่เป็นไปได้ดังกล่าวมาหารด้วยจำนวนข้อคำถาม ดังนั้น คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของแบบสอบถามฉบับนี้จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยนำคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน มากำหนดเกณฑ์ในการแปลผล ซึ่งแบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งอันตรายภาคชั้น ซึ่งการคำนวณหาช่วงห่างอันตรายภาคชั้นที่ใช้ในการแบ่งระดับ (รัตนศิริ ทาโต, 2564) มีดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงห่างอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5.00 - 1.00}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ดังนั้น การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จึงสามารถแปลผลได้ ดังนี้

ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00-2.33	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับต่ำ
ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34-3.66	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67-5.00	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมบนพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยมีข้อคำถามถูก 14 ข้อ และข้อคำถามผิด 11 ข้อ ซึ่งข้อคำถามผิด ได้แก่ ข้อ 6, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 23, และ 24 แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	มี 5 ข้อ (ข้อ 1-5)
หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	มี 4 ข้อ (ข้อ 6-9)
การดูแลด้านร่างกาย	มี 7 ข้อ (ข้อ 10-16)
การดูแลด้านจิตสังคม	มี 4 ข้อ (ข้อ 17-20)
การดูแลด้านจิตวิญญาณ	มี 5 ข้อ (ข้อ 21-25)

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ตอบคำถามได้ถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
ตอบคำถามผิด หรือตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

จากการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้างต้น ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนที่เป็นไปได้ดังกล่าวมาหารด้วยจำนวนข้อคำถาม แล้วคูณด้วย 100 เพื่อปรับคะแนนให้เป็นคะแนนร้อยละ ดังนั้น คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแบบสอบถามฉบับนี้จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของบลูม (รัชนีศิริ ทาโต, 2564) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนเท่ากับ 0-59 (น้อยกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ
ได้คะแนนเท่ากับ 60-79 (ร้อยละ 60-79)	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนนเท่ากับ 80-100 (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของทัศนา มหามุภาพ และคณะ (2541) โดยการปรับวลีของข้อคำถามให้เข้าใจง่ายและเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมนิยามศัพท์ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดทั้งหมด 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, และ 29 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

ทัศนคติต่อความตาย	มี 15 ข้อ (ข้อ 1-15)
ทัศนคติต่อผู้ป่วยใกล้ตาย	มี 15 ข้อ (ข้อ 16-30)

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	1	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	4	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	2	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	2	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	5	คะแนน

จากการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้างต้น ทำให้คะแนนทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนที่เป็นไปได้ดังกล่าวมาหารด้วยจำนวนข้อคำถาม ดังนั้น คะแนนทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของแบบสอบถามฉบับนี้จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยนำคะแนนทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน มากำหนดเกณฑ์ในการแปลผล ซึ่งแบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งอัตรภาคชั้น ซึ่งการคำนวณหาช่วงห่างอัตรภาคชั้นที่ใช้ในการแบ่งระดับ (รัตนศิริ ทาโต, 2564) มีดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงห่างอัตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5.00 - 1.00}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ดังนั้น การแปลผลคะแนนทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพจึงสามารถแปลผลได้ ดังนี้

ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00-2.33	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับไม่ดี
ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34-3.66	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67-5.00	หมายถึง	พยาบาลมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์

เป็นแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) ที่สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต (2543) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดทั้งหมด 52 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .82 (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2552) แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านดี	มี 18 ข้อ (ข้อ 1-18)
ด้านเก่ง	มี 18 ข้อ (ข้อ 19-36)
ด้านสุข	มี 16 ข้อ (ข้อ 37-52)

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ	
ไม่จริง	ได้	1	4	คะแนน
จริงบางครั้ง	ได้	2	3	คะแนน
ค่อนข้างจริง	ได้	3	2	คะแนน
จริงมาก	ได้	4	1	คะแนน

จากกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้างต้น ทำให้คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 52-208 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพอิงตามกราฟความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2543) ซึ่งสามารถแบ่งระดับความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนน้อยกว่า 136	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ
ได้คะแนนเท่ากับ 136-184	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนนมากกว่า 184	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง

สำหรับการแปลผลคะแนนความฉลาดทางอารมณ์รายด้านของพยาบาลวิชาชีพอิงตามกราฟความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2543) ซึ่งสามารถแบ่งระดับความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ด้านดี	ได้คะแนนน้อยกว่า 48	หมายถึง	ระดับต่ำ
	ได้คะแนนเท่ากับ 48-62	หมายถึง	ระดับกลาง
	ได้คะแนนมากกว่า 62	หมายถึง	ระดับสูง

ด้านเก่ง	ได้คะแนนน้อยกว่า 46	หมายถึง	ระดับต่ำ
	ได้คะแนนเท่ากับ 46-64	หมายถึง	ระดับกลาง
	ได้คะแนนมากกว่า 64	หมายถึง	ระดับสูง
ด้านสุข	ได้คะแนนน้อยกว่า 42	หมายถึง	ระดับต่ำ
	ได้คะแนนเท่ากับ 42-58	หมายถึง	ระดับกลาง
	ได้คะแนนมากกว่า 58	หมายถึง	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการพยาบาลแบบประคับประคอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นแล้ว ผู้วิจัยจึงนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index for scale: S-CVI) ตามวิธีการของ โพลิต และเบค (Polit & Beck, 2012 อ้างถึงใน อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม, 2560) จากนั้นทำการปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า แบบสอบถามดังกล่าวมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .99, .96, และ .94 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพในปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่อยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยเดียวกันกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือและการพิทักษ์สิทธิ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทุกประการ หลังจากที่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ทดลองใช้เครื่องมือทำการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถาม จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ ใช้วิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92, .79, และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้วิธีการคำนวณหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และ มหาวิทยาลัยต้นสังกัดของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา
2. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
4. ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ประสานงานเข้าพบหัวหน้าแผนก/หัวหน้าหอผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างจากหัวหน้าแผนก/หัวหน้าหอผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ประสานงานจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการได้รับการสุ่มเลือกเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกพบ

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเหตุผลที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามที่บรรจุในซองเอกสารให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวก ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที พร้อมกับชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างนำซองแบบสอบถามที่ปิดผนึกเรียบร้อยแล้วใส่ไว้ในกล่องรับคืนแบบสอบถาม ณ จุดที่กำหนดในแต่ละแผนก/หอผู้ป่วย

7. เมื่อครบกำหนดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บกล่องรับคืนแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยต้นสังกัดของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา หมายเลขโครงการ P2-0012/2566 และ SWUEC-013/2566E ตามลำดับ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามเอกสารที่ อว 8731/3358 รวมทั้งได้รับอนุญาตจากฝ่ายการพยาบาลให้เข้าถึงบัญชีรายชื่อพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการเก็บข้อมูลมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บข้อมูล และเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หรือหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะตอบข้อคำถามข้อใดก็สามารถทำได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตัวกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น ในการนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะเจาะจง และจะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนอ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกฉบับที่ได้รับ กลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถาม หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) โดยอายุ และระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ เพิ่มการวิเคราะห์ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และระดับความฉลาดทางอารมณ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ และระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อีต้า (Eta coefficient) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนที่ 6 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter method) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจำนวน 120 คน ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนจำนวน 113 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.17 การนำเสนอผลการวิจัยผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ส่วนที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 4 ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ส่วนที่ 5 ระดับความฉลาดทางอารมณ์

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N = 113$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	105	92.9
ชาย	8	7.1
อายุ ($Min = 22, Max = 60, M = 30, S.D. = 9.2$)		
21-30 ปี	78	69.0
31-40 ปี	20	17.7
41-50 ปี	6	5.3
51-60 ปี	9	8.0
ศาสนา		
พุทธ	106	93.8
อิสลาม	5	4.4
คริสต์	1	0.9
ไม่นับถือศาสนา	1	0.9
สถานภาพ		
โสด	86	76.1
สมรส	24	21.2
หม้าย	2	1.8
หย่าร้าง	1	0.9
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	108	95.6
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	5	4.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	37	32.8
หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรม	20	17.7
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	16	14.2
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	11	9.7
หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม	7	6.2
หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม	6	5.3
แผนกผู้ป่วยนอก	5	4.4
หอผู้ป่วยเคมีบำบัด	4	3.5
หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก	4	3.5
แผนกไตเทียม	3	2.7
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลปฏิบัติงาน	91	80.5
หัวหน้าหอผู้ป่วย	14	12.4
รองหัวหน้าหอผู้ป่วย	8	7.1
ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ (Min = 0.3, Max = 38, M = 7, S.D. = 9.1)		
0-10 ปี	87	77.0
11-20 ปี	13	11.5
21-30 ปี	8	7.1
31-40 ปี	5	4.4
การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วย		
ระยะสุดท้าย		
มี	61	54.0
ไม่มี	52	46.0
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
ไม่เคย	84	74.3
เคย	29	25.7

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.9) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 69.0) รองลงมา คือ 31-40 ปี (ร้อยละ 17.7) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30 ปี ($S.D. = 9.2$) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 93.8) รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 76.1) รองลงมา คือ สถานภาพสมรส (ร้อยละ 21.2) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.6) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 32.8) รองลงมา คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรม (ร้อยละ 17.7) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติงาน (ร้อยละ 80.5) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพอยู่ระหว่าง 0-10 ปี (ร้อยละ 77.0) รองลงมา คือ 11-20 ปี (ร้อยละ 11.5) เฉลี่ย 7 ปี ($S.D. = 9.1$) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 54.0) และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 74.3)

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจำแนกออกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ($N = 113$)

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยความเอื้ออาทร	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
โดยภาพรวม (ระดับต่ำ, ปานกลาง, สูง = 0, 9, 104 คน ตามลำดับ)	3.16 - 4.79	4.06	0.32	สูง
รายด้าน				
ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion)	2.63-5.00	4.15	0.40	สูง
ความสามารถ (Competence)	2.50-5.00	3.90	0.39	สูง
ความมั่นใจ (Confidence)	2.67-5.00	3.81	0.43	สูง
ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience)	3.00-5.00	4.27	0.45	สูง
ความมุ่งมั่น (Commitment)	2.40-5.00	4.01	0.43	สูง
ความประพฤติอย่างเหมาะสม (Comportment)	3.00-5.00	4.17	0.47	สูง

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.06, S.D. = 0.32$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 9 คน (ร้อยละ 8.0) และระดับสูง 104 คน (ร้อยละ 92.0) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านความมีคุณธรรมจริยธรรมมากที่สุด ($M = 4.27, S.D. = 0.45$) รองลงมา คือ ด้านความประพฤติด้อย่างเหมาะสม ($M = 4.17, S.D. = 0.47$) ความเห็นอกเห็นใจ ($M = 4.15, S.D. = 0.40$) ความมุ่งมั่น ($M = 4.01, S.D. = 0.43$) ความสามารถ ($M = 3.90, S.D. = 0.39$) และความมั่นใจ ($M = 3.81, S.D. = 0.43$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจำแนกออกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ($N = 113$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
โดยภาพรวม (ระดับต่ำ, ปานกลาง, สูง = 26, 66, 21 คน ตามลำดับ)	36-100	67.04	11.96	ปานกลาง
รายด้าน				
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-100	88.14	19.21	สูง
หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-100	66.81	21.51	ปานกลาง
การดูแลด้านร่างกาย	14.29-100	54.87	18.47	ต่ำ
การดูแลด้านจิตสังคม	25-100	64.38	16.30	ปานกลาง
การดูแลด้านจิตวิญญาณ	40-100	65.31	22.36	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 67.04, S.D. = 11.96$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 23.0) ระดับปานกลาง 66 คน (ร้อยละ 58.4) และระดับสูง 21 คน (ร้อยละ 18.6) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ($M = 88.14, S.D. = 19.21$) มีความรู้ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 66.81, S.D. = 21.51$) ด้านการดูแลด้านจิตสังคม ($M = 64.38, S.D. = 16.30$) และด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ ($M = 65.31, S.D. = 22.36$) อยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้ด้านการดูแลด้านร่างกาย ($M = 54.87, S.D. = 18.47$) อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

การวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจำแนกออกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ($N = 113$)

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
โดยภาพรวม	2.90-4.73	3.56	0.35	ปานกลาง
(ระดับไม่ดี, ปานกลาง, ดี = 0, 73, 40 คน ตามลำดับ)				
รายด้าน				
ทัศนคติต่อความตาย	2.93-4.73	3.61	0.39	ปานกลาง
ทัศนคติต่อผู้ป่วยใกล้ตาย	2.80-4.87	3.51	0.40	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.56, S.D. = 0.35$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 73 คน (ร้อยละ 64.6) และระดับดี 40 คน (ร้อยละ 35.4) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อความตายมากที่สุด ($M = 3.61, S.D. = 0.39$) รองลงมา คือ ทัศนคติต่อผู้ป่วยใกล้ตาย ($M = 3.51, S.D. = 0.40$)

ส่วนที่ 5 ระดับความฉลาดทางอารมณ์

การวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจำแนกออกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางอารมณ์ จำแนกเป็นโดยภาพรวมและเป็นรายด้าน ($N = 113$)

ความฉลาดทางอารมณ์	Min-Max	M	S.D.	ระดับ
โดยภาพรวม (ระดับต่ำ, ปานกลาง, สูง = 8, 95, 10 คน ตามลำดับ)	128-198	162.94	15.98	ปานกลาง
รายด้าน				
ด้านดี	43-70	58.96	5.41	ปานกลาง
ด้านเก่ง	35-69	53.04	6.80	ปานกลาง
ด้านสุข	38-64	50.94	6.10	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 162.94$, $S.D. = 15.98$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ 8 คน (ร้อยละ 7.1) ระดับปานกลาง 95 คน (ร้อยละ 84.1) และระดับสูง 10 คน (ร้อยละ 8.8) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ($M = 58.96$, $S.D. = 5.41$) ด้านเก่ง ($M = 53.04$, $S.D. = 6.80$) และด้านสุข ($M = 50.94$, $S.D. = 6.10$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จากการตรวจสอบและทดสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความฉลาดทางอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เป็นตัวแปรที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1) ตัวแปรอยู่ในมาตราอันตรภาค หรืออัตราส่วน 2) ข้อมูลต้องไม่มีค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก 3) ตัวแปรมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ และ 4) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตัวแปรดังกล่าวจึงสามารถใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการ

หาความสัมพันธ์ได้ สำหรับตัวแปรอายุ และระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ ในการหาความสัมพันธ์จึงต้องใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ส่วนตัวแปรการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรไม่ได้อยู่ในมาตราอันตรภาค หรืออัตราส่วน แต่เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตราบัญญัติ ในการหาความสัมพันธ์จึงต้องใช้สถิติสัมประสิทธิ์อีต้า (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ด) จากการวิเคราะห์ที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรตามสถิติดังกล่าวข้างต้น ได้ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (N = 113)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	1							
2. อายุ ^b	.090	1						
3. ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ^b	.070	.925**	1					
4. การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ^c	.327	.271*	.248	1				
5. การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ^c	.414*	.414*	.404*	.258**	1			
6. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ^a	.381**	.058	.081	.153	.102	1		
7. ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ^a	.432**	-.012	-.027	.169	.109	.392**	1	
8. ความฉลาดทางอารมณ์ ^a	.468**	.181	.157	.275	.128	.351**	.502**	1

^a Pearson's product moment correlation coefficient

^b Spearman rank correlation coefficient

^c Eta coefficient

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 6 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .414, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .381, p < .01$) ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($r = .432, p < .01$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($r = .468, p < .01$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ และการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ก่อนการวิเคราะห์การถดถอย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ จากตรวจสอบและทดสอบข้อมูล พบว่า ข้อมูลและตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1) ตัวแปรต้นอยู่ในมาตราอันตรภาค/อัตราส่วน ส่วนตัวแปรตามอยู่ในมาตราอันตรภาค/อัตราส่วน หรือเป็นตัวแปรในมาตราอื่นที่ได้รับการแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) 2) ข้อมูลไม่มีค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก 3) ข้อมูลเป็นอิสระจากกัน 4) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวกับตัวแปรตาม 5) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ 6) ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ และ 7) ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงจนเกินไปของตัวแปรต้น ดังนั้น ข้อมูลและตัวแปรดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ต) ส่วนตัวแปรอายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ และการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร (แสดงในตารางที่ 6) ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรตามสถิติดังกล่าวข้างต้น ได้ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter method) ($N = 113$)

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>S.E.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ^a	.245	.053	.341	4.583	<.001
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.005	.002	.178	2.185	.031
ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	.172	.079	.192	2.179	.031
ความฉลาดทางอารมณ์	.005	.002	.265	3.046	.003

Constant = 2.218, $R = .645$, $R^2 = .416$, Adjusted $R^2 = .394$, $F = 19.217$, $p < .001$

^a Dummy code as receiving end of life care training

จากตาราง 7 พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .341$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .178$, $p < .05$) ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($\beta = .192$, $p < .05$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .265$, $p < .01$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ร้อยละ 39.4 (Adjusted $R^2 = .394$, $F = 19.217$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมจะมีพฤติกรรมการดูแลดีกว่า 0.245 หน่วย เมื่อเทียบกับพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม พยาบาลที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น 0.005 หน่วย การมีทัศนคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น 0.172 หน่วย และการมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น 0.005 หน่วย

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G-power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 109 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนจำนวน 113 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.17

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .99, .96, และ .94 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92, .79, และ .93 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ .94

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และระดับความฉลาดทางอารมณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์อันดับ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter method) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.9) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 69.0) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30 ปี ($S.D. = 9.2$) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.8) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 76.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.6) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 32.8) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติงาน (ร้อยละ 80.5) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพอยู่ระหว่าง 0-10 ปี (ร้อยละ 77.0) เฉลี่ย 7 ปี ($S.D. = 9.1$) มีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 54.0) และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 74.3)

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.06, S.D. = 0.32$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยมีคะแนนพฤติกรรมด้านความมีคุณธรรมจริยธรรมมากที่สุด ($M = 4.27, S.D. = 0.45$) รองลงมา คือ ด้านความประพฤติอย่างเหมาะสม ($M = 4.17, S.D. = 0.47$) ความเห็นอกเห็นใจ ($M = 4.15, S.D. = 0.40$) ความมุ่งมั่น ($M = 4.01, S.D. = 0.43$) ความสามารถ ($M = 3.90, S.D. = 0.39$) และความมั่นใจ ($M = 3.81, S.D. = 0.43$) ตามลำดับ

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 67.04, S.D. = 11.96$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ($M = 88.14, S.D. = 19.21$) มีความรู้ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 66.81, S.D. = 21.51$) ด้านการดูแลด้านจิตสังคม ($M = 64.38, S.D. = 16.30$) และด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ ($M = 65.31, S.D. = 22.36$) อยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้ด้านการดูแลด้านร่างกาย ($M = 54.87, S.D. = 18.47$) อยู่ในระดับต่ำ

4. กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.56, S.D. = 0.35$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อความตายมากที่สุด ($M = 3.61, S.D. = 0.39$) รองลงมา คือ ทัศนคติต่อผู้ป่วยใกล้ตาย ($M = 3.51, S.D. = 0.40$)

5. กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 162.94$, $S.D. = 15.98$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ($M = 58.96$, $S.D. = 5.41$) ด้านเก่ง ($M = 53.04$, $S.D. = 6.80$) และด้านสุข ($M = 50.94$, $S.D. = 6.10$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

6. การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .414$, $p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .381$, $p < .01$) ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($r = .432$, $p < .01$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($r = .468$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ และการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

7. การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .341$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .178$, $p < .05$) ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($\beta = .192$, $p < .05$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .265$, $p < .01$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ร้อยละ 39.4 ($\text{Adjusted } R^2 = .394$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามจุดมุ่งหมายการวิจัย ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.06$, $S.D. = 0.32$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ตามความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ที่ให้ความหมายการดูแลด้วยความเอื้ออาทรว่า เป็นวิถีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งลักษณะการดูแลด้วยความเอื้ออาทรนี้มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน ทุกคนจะมีทักษะและความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน จึงเป็นไปได้ว่า พยาบาลซึ่งมีความเป็นมนุษย์จะมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในตัว มีทักษะในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย มีความสามารถที่จะแสดงออกถึงความรัก ความเมตตา กรุณา ความเห็นอกเห็นใจ และใส่ใจต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร การดูแลด้วยความเอื้ออาทรจึงเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพของพยาบาล พยาบาลจึง

ได้รับการปลูกฝังให้เป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม มีความเมตตากรุณา และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา ทำให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาออกมาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร

และเป็นไปได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษาได้รับการอุปถัมภ์จากสถาบันทางศาสนาในด้านงบประมาณ การจัดอบรม และการทำกิจการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา โรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้น้อมนำหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้ป่วย โดยได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาจิตอาสาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บุคลากรซึ่งรวมถึงพยาบาลได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาบุคลากรโดยใช้หลักธรรมและกระบวนการทางพระพุทธศาสนาในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีการดำเนินโครงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมเชิงพุทธร่วมกับองค์กรศาสนาซึ่งเป็นกลุ่มพระสงฆ์ที่รวมตัวช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พยาบาลแต่ละคนจะผลัดเปลี่ยนกันเข้าร่วมกิจกรรม โดยจะให้พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติบรรเทาทุกข์ภายในจิตใจ สามารถยอมรับและกล้าเผชิญกับทุกข์ตามความเป็นจริง กิจกรรมดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลมีคุณธรรม จริยธรรม และมีศีลธรรมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร อีกทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษามีหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เข้มแข็ง มีการอบรมส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูลทั่วไป พบว่า มีพยาบาลบางส่วนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 25.7) ทำให้พยาบาลเหล่านี้มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลที่ได้รับการอบรมจึงมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Miller et al., 1998)

นอกจากนี้ เป็นไปได้ว่าพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 32.7) และหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 23.9) มีระยะเวลาทำงานในวิชาชีพเฉลี่ย 7 ปี ($S.D. = 9.1$) พยาบาลจึงมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก ทำให้พยาบาลได้รับรู้และเข้าใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลบางส่วนมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 35.4) พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีจึงมีมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางที่ดี ทำให้พยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มีความเมตตากรุณา และมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ เพื่อบรรเทาให้ผู้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน อีกทั้งพยาบาลทั้งหมดมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งการที่พยาบาลมีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะทำให้พยาบาลสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เข้าใจและรับรู้ถึงอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น และแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม ทำให้พยาบาลเป็นคนที่มีความตั้งใจที่มั่นคง มีเหตุผล

เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา กรุณา และความเอื้ออาทร (Beauvais et al., 2017; Garcia, 2020)

และด้วยวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมไทยที่คาดหวังว่าพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความโอบอ้อมอารี มีความเมตตา กรุณา และให้การดูแลด้วยความห่วงใย มีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย มีความนุ่มนวลในการดูแล ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (เขาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ, 2563) จึงทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในกรอบค่านิยมสังคมที่คาดหวังไว้ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพด้วยความเอื้ออาทร ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรรายด้าน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรด้านความมีคุณธรรม จริยธรรมมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($M = 4.27, S.D. = 0.45$) โดยความมีคุณธรรมจริยธรรมเป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย เป็นเข็มทิศในการกำกับพฤติกรรมให้เป็นไปตามความเหมาะสมทางศีลธรรม ซึ่งบรรทัดฐานทางศีลธรรมมีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางศาสนา ซึ่งศาสนาเป็นความเชื่อความศรัทธาของมนุษย์ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอันประเสริฐ ศาสนาจะหล่อหลอมความคิดและการกระทำของเราให้เป็นคนที่มีเหตุผลมีผล และช่วยให้เราสามารถคิดไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ อย่างมีศีลธรรม ซึ่งจะส่งผลให้เราทุกคนมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีในการกระทำของตน (Roach, 2002) จึงเป็นไปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.8) ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางศาสนา ทำให้พยาบาลมีความเมตตา กรุณา มีคุณธรรม จริยธรรม และศีลธรรมในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลยังมีโอกาสได้เข้าร่วมโครงการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมเชิงพุทธ ได้รับการอบรมพัฒนาบุคลากรโดยใช้หลักธรรมและกระบวนการทางพระพุทธศาสนาในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาจิตอาสาการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้พยาบาลมีความคิดและการกระทำที่มีเหตุผลมีผล มีความเมตตา กรุณา มีความเห็นอกเห็นใจ มีความเอื้ออาทร และมีการคิดไตร่ตรองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีศีลธรรม รวมทั้งมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีในการกระทำของตนที่กระทำต่อผู้ป่วย ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนพื้นฐานของการมีคุณธรรมจริยธรรม อีกทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษามีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เป็นองค์กรให้บริการด้วยใจ (Service mind) ให้เกียรติและยอมรับในคุณค่าของผู้อื่น (Respect) ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรให้บริการและให้การดูแลผู้ป่วยด้วยจิตใจที่รักงานบริการอย่างเต็มเปี่ยม ให้เกียรติและยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งวัฒนธรรม

องค์กรดังกล่าวทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเห็นได้จากการตอบแบบสอบถาม ที่พบว่า คะแนนข้อคำถาม “ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยระยะสุดท้าย แม้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย” มีคะแนนมากเป็นอันดับหนึ่ง นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลอาจได้รับการปลูกฝังเกี่ยวกับหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามการพยาบาลโดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพอย่างเคร่งครัด ซึ่งเห็นได้จากผลการสำรวจความซื่อสัตย์และการมีจริยธรรมในวิชาชีพต่าง ๆ จำนวน 22 วิชาชีพในปี 2023 ที่ผลการศึกษา พบว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความซื่อสัตย์และมีจริยธรรมสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นอันดับหนึ่ง 22 ปี ติดต่อกัน (Brenan, 2023) ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรด้านความมีคุณธรรมจริยธรรมมากที่สุด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความมั่นใจ เป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด ($M = 3.81$, $S.D. = 0.43$) โดยความมั่นใจเป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการดูแล ซึ่งความมั่นใจนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Roach, 2002) การที่พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรด้านความมั่นใจน้อยที่สุด เป็นไปได้ว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 74.3) อีกทั้งมีพยาบาลบางส่วนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 23.0) จึงอาจทำให้พยาบาลเหล่านี้ยังไม่มั่นใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่ตนเองกระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม หรือสมควรแก่ผู้ป่วยหรือไม่ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถใช้เพียงความรู้หรือทักษะพื้นฐานทางด้านพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) ซึ่งการที่พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเห็นได้จากการตอบแบบสอบถาม ที่พบว่า คะแนนข้อคำถาม “ฉันรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” มีคะแนนน้อยที่สุด ด้วยเหตุดังกล่าว จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรด้านความมั่นใจน้อยที่สุด

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่ได้ศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของอารีญา ด้านผาทอง (2552)

ที่ได้ศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแพร์ โดยใช้แนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับมาก

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ปานุราช (2560) ที่ได้ศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่เข้าถึงหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดความชัดเจน ซึ่งเห็นได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.8 ที่ระบุว่าหน่วยงานของตนไม่มีหน่วยงาน/ทีมที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.2 ระบุว่าในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลมีแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดความชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษาที่มีหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้มแข็ง และมีการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของเดชทัต อัครธนารักษ์ (2557) ที่ได้ศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 10.7 ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 25.7 เนื่องจากการได้รับการอบรมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ที่ได้ศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช (Roach, 2002) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างทั้งนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ โดยมีนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 59.1 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ระบุว่าได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 3.6 เท่านั้น ทำให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล

แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อย ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ และการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .414, p < .05; \beta = .341, p < .001$) พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม อธิบายได้ว่า การอบรมเป็นกระบวนการในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความสามารถในการทำงาน เพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดุสิต ขาวเหลือง, 2554) การที่พยาบาลได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้ ทศนคติ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากยิ่งขึ้น (วารินา หนูพินิจ, 2559; Pokpalagon, 2005) ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้องและเหมาะสม และจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งจะช่วยทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยเพิ่มขีดความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น (Miller et al., 1998) จึงทำให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของการดูแลด้วยความเอื้ออาทรมากขึ้น การอบรมจึงช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร พยาบาลที่ได้รับการอบรมจึงให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม (Prompahakul, 2011) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตชทัต อัครนารักษ์ (2557) ที่พบว่า การได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ทศนคติ และจริยธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของหวู่ และคณะ (Wu et al., 2021) ที่พบว่า การอบรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลเฉพาะทางด้านรักษาโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .140, p < .001$)

และการศึกษาของซูบิห์ และคณะ (Subih et al., 2022) ที่พบว่า การอบรมมีอิทธิพลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .217, p < .01$) ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา และความเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกมากที่สุดขณะรักษาตัวเช่นเดียวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ดวงพร ปิยะคง และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลห้องไอซียูที่มีการรับรู้ว่าการฝึกอบรมเป็นวิธีการสำคัญที่สามารถพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ และมองว่าการขาดการฝึกอบรมเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (อรพรรณ ไชยเพชร, 2551) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ปานูราช (2560) ที่พบว่า การฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการอบรมนั้นสั้นเกินไปและการจัดอบรมส่วนใหญ่เป็นการอบรมแบบบรรยายไม่ใช่การอบรมเชิงปฏิบัติการ จึงอาจทำให้พยาบาลมีความรู้และความสามารถไม่เพียงพอ จึงทำให้พยาบาลไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของอาตี และคณะ (Aty et al., 2020) ที่พบว่า การอบรมไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลในจังหวัดนุซาเต็งการาตะวันออก ประเทศอินโดนีเซีย อาจเนื่องมาจากจากพื้นที่ในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่กระจายอยู่ตามหมู่เกาะต่าง ๆ และมีเทือกเขาสูง ซึ่งลักษณะภูมิประเทศดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคในการเดินทางไปฝึกอบรมซึ่งอาจส่งผลต่อสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมอบรมที่อาจไม่พร้อมต่อการเรียนรู้ อีกทั้งระยะเวลาการอบรมนั้นอาจสั้นเกินไปจึงทำให้ระยะเวลาไม่เพียงพอสำหรับเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทำให้พยาบาลไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .001; \beta = .178, p < .05$) อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในองค์ความรู้ และสามารถนำความรู้ที่มีไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณา และการตัดสินใจอย่างรอบคอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งการมีความรู้จะนำมาสู่ความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Kiik et al., 2022) ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถประเมิน คาดการณ์อาการ และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งสามารถวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากจึงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี (ศศิวิมล ปานูราช, 2562; Xia & Kongsuwan, 2020) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยอวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี (2562) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .208$, $p < .05$) และการศึกษาของศศิวิมล ปราณุราช (2562) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ($r = .244$, $p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของซู และคณะ (Xu et al., 2023) ที่พบว่า ความรู้อิทธิพลต่อทักษะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .068$, $p < .01$) สอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลชาวจีนที่มีความคิดเห็นว่าการมีความรู้และทักษะทางการในการดูแลที่สูงจะทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรดีขึ้น (Tong et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเดชทัต อัครนารักษ์ (2557) ที่พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวเป็นพยาบาลจบใหม่ มีระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลเพียง 6-11 เดือน และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 1-5 ราย (ร้อยละ 68.8) จึงอาจมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น้อย จึงทำให้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432$, $p < .001$; $\beta = .192$, $p < .05$) ซึ่งทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย (ทัศนาศ มหามานุภาพ และคณะ, 2541) ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอันเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคม ศาสนา และวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ และจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Ay & Oz, 2018) จึงอธิบายได้ว่า พยาบาลส่วนใหญ่ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 32.7) และหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 23.9) มีระยะเวลาทำงานในวิชาชีพเฉลี่ย 7 ปี ($S.D. = 9.1$) ทำให้พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมากและได้พบกับเหตุการณ์เกี่ยวกับความตายอยู่บ่อยครั้ง อีกทั้งพยาบาลยังมีโอกาสได้พบเห็นหรือได้รับรู้เกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น เห็นจากบทภาพยนตร์ จากข่าวในหนังสือพิมพ์ และจากการตายของบุคคลอันเป็นที่รักของตน ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และมีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายตามการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบ ทำให้พยาบาลมีทัศนคติที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน นอกจากนี้พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.8) ได้รับอิทธิพลจากหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนาเกี่ยวกับความ

ตาย ที่มีการสอนให้ระลึกถึงความตายเป็นอนุสติ สอนให้รู้เท่าทันความตาย และให้เห็นถึงความไม่เที่ยงของชีวิต เพื่อให้เราเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและความตาย ซึ่งหลักธรรมคำสอนดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และรู้สึกด้านจิตใจของพยาบาล (พระสิริปัญญาคุณ และคณะ, 2562) และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .397, p < .01$) และการศึกษาของอับบูฮาซิบ และคณะ (Abu Hasheesh et al., 2013) ที่พบว่า ทักษะคิดของพยาบาลในเมืองอัมมาน ประเทศจอร์แดน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของคาร์ตินี และคณะ (Kartini et al., 2022) ที่พบว่า ทักษะคิดสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอิสลามในเมืองสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .028$) โดยพยาบาลที่มีทักษะคิดที่ดีจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลที่มีทักษะคิดไม่ดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวรัตน์ มัชฌิม และบรรลักษ์ณ์ ทองทวี (2562) ที่พบว่า ทักษะคิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวเป็นนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการปลูกฝังและเน้นย้ำให้นักศึกษาพยาบาลให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน อีกทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีและมีความเอื้ออาทร

ความฉลาดทางอารมณ์ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .468, p < .001; \beta = .265, p < .01$) ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง เข้าใจอารมณ์ของตนเอง และสามารถที่จะแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเข้าใจอารมณ์และการแสดงอารมณ์ของผู้อื่น สามารถใช้อารมณ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคิด การจำ และช่วยให้เกิดมุมมองการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ (กรมสุขภาพจิต, 2550; Salovey & Mayer, 1997) จึงอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลมีความฉลาดทางอารมณ์ พยาบาลจะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เข้าใจอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา และมีความสามารถที่จะแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม ทำให้พยาบาลมีการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ มีความสุข มีจิตใจที่มั่นคง มองโลกในแง่ดี รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความมุ่งมั่นแน่วแน่ มีเหตุผล และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย และเข้าใจถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเมตตากรุณา (Beauvais, 2017; Garcia, 2020) และปรารถนาให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ทำให้พยาบาลแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร พยาบาลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจึงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ดี ความฉลาดทางอารมณ์จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฮตาดายตี และคณะ (Hidayati et al., 2017) ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลชาวมุสลิมในเมืองสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .01$) และการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson, 2017) ที่พบว่า ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .260, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของดราห์มาเนกาธา และปราเดซา (Dharmaneegara & Pradesa, 2015) ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในบาห์ลี ประเทศอินโดนีเซีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .774, p < .001$) และการศึกษาของหยู และคณะ (Yu et al., 2023) ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในประเทศจีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .478, p < .001$) นอกจากนี้ การศึกษาของเดเมอร์ และคณะ (Demur et al., 2022) ยังพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในเมืองบูกิตติงกิ ประเทศอินโดนีเซีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 6.84, 95\% CI = 2.37-1.74, p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลชาวจีนที่มีความคิดเห็นว่าการมีความรู้ฉลาดทางอารมณ์ที่สูงจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม มีความยุติธรรม และให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรได้เป็นอย่างดี (Tong et al., 2022)

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษาได้มีการดำเนินโครงการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมเชิงพุทธ ซึ่งในโครงการดังกล่าวจะให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติบรรเทาทุกข์ภายในจิตใจ สามารถยอมรับและกล้าเผชิญกับทุกข์ตามความเป็นจริง อีกทั้งมีการจัดกิจกรรมพัฒนาจิตอาสาการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคลากร โดยให้บุคลากรซึ่งรวมถึงพยาบาลได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนทุกช่วงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม กิจกรรมดังกล่าวอาจทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น พยาบาลที่มี

อายุน้อยจึงอาจให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ดีเช่นเดียวกับพยาบาลที่มีอายุมาก อายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุตเมนนาห์ และคณะ (Mutmainnah, 2021) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลโรงพยาบาลจัมปี ประเทศอินโดนีเซีย เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ปราณูราช (2562) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .177, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของชุลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่พบว่า อายุของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p < .01$)

ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร อธิบายได้ว่า แม้ว่าระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพจะทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกิดความเข้าใจ และเกิดทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งสามารถเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความถูกต้องและเหมาะสม (Brunton & Beaman, 2000) อย่างไรก็ตาม การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลบางส่วนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 25.7) และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพอยู่ระหว่าง 0-10 ปี (ร้อยละ 79.3) พยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพน้อยจึงเกิดเรียนรู้มีความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการอบรม อีกทั้งมีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น มีการคิดอย่างรอบคอบ และสามารถเลือกปฏิบัติตามสิ่งต่าง ๆ ความเหมาะสม การได้รับการอบรมจึงส่งผลให้พยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพน้อยเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเอง (Miller et al., 1998) และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ดี เช่นเดียวกับพยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมาก ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาร์ยานี และลูกมานูลฮาكيم (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของมุตเมนนาห์ และคณะ (Mutmainnah, 2021) ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทร อีกทั้งการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้อง

กับการศึกษาของศศิวิมล ปราณุราช (2562) ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของชูลีพร พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p < .01$)

การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร อธิบายได้ว่า แม้ว่าประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และอาจนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรที่เพิ่มขึ้น (อรพรรณ ไชยเพชร, 2551) อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จึงอาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลที่เคยมีการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกทั้งพยาบาลบางคนอาจมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยน้อยเนื่องจากต้องทำงาน และไม่สามารถลาหยุดงานเพื่อผู้ป่วยได้ จึงอาจทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มากพอ รวมทั้งพยาบาลบางส่วนมีมุมมองต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นภาระและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยจะทำให้ตนเองไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้มากนัก ไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมข้างนอกบ้านได้ และไม่สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้ อีกทั้งพยาบาลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพบเจอกับความคาดหวังของญาติว่า ตนเองซึ่งเป็นพยาบาลจะให้คำตอบทั้งหมดเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ และถูกกดดันว่าต้องค้นหาวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Mills & Aubeeluck, 2006) มุมมองและสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลบางคนเกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มากเพียงพอ ทำให้พยาบาลที่มีหรือไม่มีประสบการณ์มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรไม่แตกต่างกัน การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่า พยาบาลที่มีหรือไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของหลี่เซี่ยและวารารณ คงสุวรรณ (Xia & Kongsuwan, 2020) ที่พบว่า หากพยาบาลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว/เพื่อน พยาบาลก็จะสามารถสื่อสาร ให้คำแนะนำ และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีข้อจำกัดในการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอื่นทั่วประเทศได้ เนื่องจากโรงพยาบาลอื่น ๆ อาจมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้
2. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการวัดระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยให้พยาบาลทำการตอบคำถามด้วยตนเอง และขอให้ตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ในการตอบแบบสอบถามมีโอกาสเกิดความลำเอียงเพื่อให้คำตอบเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม จึงอาจทำให้มีโอกาสที่การเลือกตอบคำถามมีความโน้มเอียงไปในเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล/ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สูงขึ้น เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำมากถึงร้อยละ 23.0 โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่ดีมากยิ่งขึ้น
2. ผู้บริหารโรงพยาบาล/ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะคิด และความฉลาดทางอารมณ์ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 35.4 และมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 8.8 เพื่อให้พยาบาลมีทักษะคิดและความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่ดีมากยิ่งขึ้น
3. ผู้บริหารโรงพยาบาล/ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 25.7 เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่ดีมากยิ่งขึ้น

4. การเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ควรมีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ควบคู่กับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น เพื่อให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษามีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่ดีมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น หรือโรงพยาบาลในระดับอื่น เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านั้นมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ ซึ่งอาจมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาล และตามการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือครอบครัว เพื่อให้ทราบถึงช่องว่างของการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรระหว่างพยาบาลพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรให้ดียิ่งขึ้น

4. ควรนำปัจจัยการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สูงขึ้น ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ไปออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาล



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2543). *คู่มือความฉลาดทางอารมณ์*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *อีคิว: ความฉลาดทางอารมณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข 2565*. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>
- กิตติกร นิลมานัต, และกัลยา แซ่ชิต. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 51-66.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กุนนที พุ่มสงวน, และกัลยา ไผ่เกาะ. (2557). พยาบาลกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 18-23.
- ชนิดธรา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉรียา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศนีย์, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *วารสารรวมาริบัติพยาบาลสาร*, 17(1), 126-140.
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 100-109.
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง. ใน *ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์ (บ.ก.), คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา* (น. 43-54). กรุงเทพฯ: กู๊ด เวอร์ค มีเดีย.
- จันทร์เพ็ญ มโนศิลปากร, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2552). จริยธรรม และกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บ.ก.), การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 74-92). กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- จินดามาศ โกลศลชินวิจิตร. (2556). การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 134-141.

- จิรวัดน์ ประคองพันธ์. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ธารเอก มั่นสวานิช, ธารณภูมิ รัตนานุกพงศ์, ... พิมพ์ฉนิชา เทพวัลย์. (2561). *บทสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางการพัฒนา Hospice care ในประเทศไทย: ทางเลือกของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย*. <http://164.115.27.97/digital/files/original/1015a0a538f38d04f3e8114a02fdb943.pdf>
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์. (ม.ป.ป.). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้น 20 มกราคม 2566, จาก https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-59.pdf
- ชนุกร แก้วมณี. (2562). *แนวคิดและวิธีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 1-10.*
- ชยุต ใหม่เขียว. (2556ก). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้า. ใน บุขยมาส ชิวสกุลยง (บ.ก.), การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (น. 325-330). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.*
- ชยุต ใหม่เขียว. (2556ข). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน. ใน บุขยมาส ชิวสกุลยง (บ.ก.), การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (น. 321-323). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.*
- ชูลีพร พรหมพาหกุล, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และบุศรา หมั่นศรี. (2565). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบเอื้ออาทร ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42(2), 1-11.*
- ดวงพร ปิยะคง, ณภัคชชา ผลอนันต์, และวัลยา ภาคภูมิ. (2563). *การดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 14(1), 145-158.*
- ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). *สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 412-422.*
- ดุสิต ชาวเหลือง. (2554). *การฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพและสมรรถนะ. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, 7(1), 18-32.*
- เดชทัต อัครนารักษ์. (2557). *การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาศ มหานุภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์, และกนกพร สุขคำวัง. (2541). *ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, และยุพยงค์ พุฒธรรม. (2556). *การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 80-90.*
- ธีระชล สาดสิน. (2559). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีระพล สมหมายไชยา. (2563). *การดูแลด้านร่างกาย. ใน ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง (บ.ก.), คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) (น. 47-63). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.*
- นฤมล ศิริรัตน์พงศ์ธร, พรทิพา ฤงเงิน, ณิชฐพร มานะ, และพัสนันท์พร ครุฑเมือง. (2560). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก. วารสารกองการพยาบาล, 18(พิเศษ), 221-228.*
- นิดา แซ่ตั้ง. (2555). *ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดในการเผชิญอุปสรรคที่มีต่อการทำงานของพนักงานธนาคารพาณิชย์ในกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บวรลักษณ์ ทองทวี, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2561). *พฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(4), 35-48.*
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, มัลลิกา ทัดมาลา, และศุภราภรณ์ พรหมลักโณ. (2556). *การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 54-66.*

- ปรีศนียาภรณ์ ฤกษ์ดาญุทธ์. (2556). *พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรานี อ่อนศรี. (2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 39-43.
- ผาณิต หลีเจริญ. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 17(34), 127-138.
- พรทิว ยอดมงคล. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- พระสิริปัญญาคุณ, พระครูโฆสิตวิวัฒน์นาคกุล, พระครูโกศลอรธกิจ, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช, สวัสดิ์ อโนทัย, และมหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น. (2562). ศึกษาเชิงวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติต่อความตายในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเถรวาท. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมสาร*, 6(4), 1813-1826.
- พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล, และสุพรรณิ สุดสา. (2563). ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 33-44.
- ภูมिवรพล กุณา. (2563). *ความฉลาดทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนเดินเรือพาณิชย์ ศูนย์ฝึกพาณิชย์นาวี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เยาวรัตน์ มัชฌิม, และบรรลักษ์ณ์ ทองทวี. (2562). พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 73-86.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ, วารุณี เข็มลา, และตะวัน เขตปัญญา. (2563). ความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร*, 24(1), 51-62.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ. (2556). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลจบใหม่ โดยบูรณาการความฉลาดทางอารมณ์ในการดูแลอย่างเอื้ออาทร* (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
- รสพร ประทุมวัน. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ดิกรี้ วิชั่น.
- รัตนภรณ์ แบ่งทิศ. (2562). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราตรี ฉิมฉลอง. (2564). สมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารเวชสารแพทย์ทหารบก*, 74(3), 233-239.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2559). *อาการคลื่นไส้อาเจียนกับการรักษาโรคมะเร็ง*. สืบค้น 5 มีนาคม 2566, จาก <https://www.chulacancer.net/health-tips-view.php?id=572>
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก. ใน *บุษยามาส ชิวสกุลยง (บ.ก.), การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (น. 331-337). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- วัชร เจนเจริญรัตน์, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, และทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ. (2560). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของมารดาข้ามชาติพม่า. *วารสารพยาบาลสาร*, 44(3), 41-51.
- วารินา หนูพินิจ. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิโรจน์ ไหววานิชกิจ, และปทุมพร อภัยจิตต์. (2563). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 5 การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2551). *เชาวน์อารมณ์ (Emotional quotient - EQ): ดัชนีวัดความสุขและความสำเร็จของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี. (2552). จิตวิญญาณ ระยะสุดท้ายของชีวิตและความตาย. ใน *ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บ.ก.), การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 1-19). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). การดูแลประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน *ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง (บ.ก.), คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)* (น. 8-16). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ศศิวิมล ปานุราช. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2558). *หลักสูตรสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคู่มือการใช้*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). *การศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะของคนไทยที่พึงประสงค์: ความฉลาดทางอารมณ์*. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- สินีนุช ศิริวงศ์ และคณะ. (2560). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทยธานี*, 44(3), 35-49.
- สิวลี ศิริโล. (2555). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณ มางลาด. (2561). *ความฉลาดทางอารมณ์ การรับรู้ความยุติธรรมในองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรโดยมีความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรสื่อของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภาพร ดาวดี. (2551). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 62-78.
- สุมาลี นิมนานนิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 24-32). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- สุรีพร ธนศิลป์. (2565). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- สุวรรณมา กิตติเนาวรัตน์, ชัชนาฏ ญ นคร, และจอนผจง เพ็งจาด. (2550). การพยาบาลปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 176-196). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- อค์มัยสิริ ลียาชัย. (2555). *บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ความฉลาดทางอารมณ์ และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร: กรณีศึกษาพนักงานบริษัทคอมพิวเตอร์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อธิฐาน สุมาลย์เจริญ. (2556). การจัดการอาการรบกวนจากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ: ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน บุขยมาส ชิวสกุลยง (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (น. 303-312). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.

- อนุพันธ์ ตันตวิวงศ์, ผ่องพักตร์ ทิพยพันธ์, และสุชาย สุนทรามา. (2558). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 24). ประทุมธานี: เอช.ที.พี. เพรส.
- อนุวัติ คุณแก้ว. (2566). การเลือกใช้สถิติพื้นฐานและสถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลลัพธ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัญชลี ยะโหนด. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างเขาวนอารมณ์ ความเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำได้ และความพึงพอใจในงาน: กรณีศึกษาบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อารีญา ต่านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(1), 15-26.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และชญาภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 105-111.
- Abdullah, H., Johnson, J., & Khraim, F. (2021). End of life care: a concept analysis. *International Journal of Healthcare*, 7(2), 1–6. <https://doi.org/10.5430/ijh.v7n2p1>
- Abu Hasheesh, O. M., Abo Zeid, L. S., El-Said, G. S., & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), 384-394. <https://www.itmedicalteam.pl/articles/nurses-characteristics-and-their-attitudes-toward-death-and-caring-for-dying-patients-in-a-public-hospital-in-jordan-105520.html>
- Agar, M. R. (2020). Delirium at the end of life. *Age and Ageing*, 49(3), 337–340. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz171>
- Alshammari, F., Sim, J., Lapkin, S., & McErlean, G. (2023). Registered Nurses' attitudes towards end-of-life care: A sequential explanatory mixed method study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7162-7174. <https://doi.org/10.1111/jocn.16787>

- Aty, Y. M. V. B., Herwanti, E., Mau, A., Ayatullah, M. I., & Asriwardani, F. (2020). Factors affecting nurse caring behavior. *Jurnal Info Kesehatan, 18*(2), 171–181. <https://doi.org/10.31965/infokes.Vol18.Iss2.396>
- Ay, M. A., & Oz, F. (2018). Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nursing Ethics, 26*(5), 1442-1457. <https://doi.org/10.1177/0969733017748481>
- Beauvais, A., Andreychik, M., & Henkel, L. A. (2017). The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. *Asian Mindfulness & Compassion, 2*(2), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.09.001>
- Block, S. D. (2006). Psychological issues in end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine, 9*(3), 751–772. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.751>
- Breitbart, W., & Strout, D. (2000). Delirium in the terminally ill. *Clinics in Geriatric Medicine, 16*(2), 357–372. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(05\)70061-6](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(05)70061-6)
- Brenan, M. (2023, January 10). *Nurses retain top ethics rating in U.S., but below 2020 high*. GALLUP. <https://news.gallup.com/poll/467804/nurses-retain-top-ethics-rating-below-2020-high.aspx>
- Broglio, K., & Cole, B. E. (2008). Pain management and terminal illness. *Practical Pain Management, 8*(4). <https://www.medcentral.com/pain/chronic/biopsychosocial-approach>
- Bruera, E. (1997). ABC of palliative care: Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ, 315*(7117), 1219-1222. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7117.1219>
- Brunton, B., & Beaman, M. (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 12*(11), 451–456. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2000.tb00153.x>
- Cancer Council Australia. (2020). *Facing end of life: A guide for people dying with cancer, their families and friends*. SOS Print + Media Group.
- Carmeli, A. (2003). The relationship between emotional intelligence and work attitudes, behavior and outcomes: An examination among senior managers. *Journal of Managerial Psychology, 18*(8), 788-813. <https://doi.org/10.1108/02683940310511881>

- Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 101, 104892. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>
- Cobbs, E. L., Blackstone, K., & Lynn, J. (2021). *Symptom relief for the dying patient*. MSD Manual. <https://www.msmanuals.com/professional/specialsubjects/the-dying-patient/symptom-relief-for-the-dying-patient>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Massachusetts: Academic Press.
- Cohen, J. A. (1991). Two portraits of caring: A comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 899–909. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x>
- Compton, E. K., Gildemeyer, K., Mason, T. M., Hartranft, S. R., & Sutton, S. K. (2018). Nurses' caring behaviors: The perception of patients with cancer at the time of discharge after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(2), 169–174. <https://doi.org/10.1188/18.cjon.169-174>
- Cronin, S., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 17(4), 374–380. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3391789/>
- Crossroads Hospice. (2020, January 30). *Managing nausea and vomiting in palliative care*. <https://www.crossroadshospice.com/hospice-palliative-care-blog/2020/january/30/managing-nausea-and-vomiting-in-palliative-care/>
- Cybulska, A. M., Zołnowska, M. A., Schneider-Matyka, D., Nowak, M., Starczewska, M., Grochans, S., & Cymbaluk-Płowska, A. (2022). Analysis of nurses' attitudes toward patient death. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13119. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013119>
- Daodee, S., & Crabtree, K. (2005). *Development of an instrument to measure Thai nurses' caring behaviors for dying patients*. Prachumthong Printing Group.
- Demur, D. R. D. N., Primal, D., & Sari, Y. P. (2022). Emotional intelligence stimulates nurses' decent caring behavior in nursing practice in Bukittinggi City, Indonesia. *ABCS Health Sciences*, 47, Article e022213. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020098.1550>

- Dharmanegara, I. B. A., & Pradesa, H. A. (2017). The influence of self-efficacy and emotional intelligence toward caring behavior among nurses in public hospital Denpasar Bali. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(2), 9-15. <https://doi.org/10.9790/1959-04230915>
- Dudgeon, D. (2021). *Assessment and management of dyspnea in palliative care*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care#H1029684610>
- Farmani, H. A., Mirhfez, R. S., Kavosi, A., Pasha, M. A., Nasab, J. A., Mohammadi, G., ... Movahedi, A. (2018). Dataset on the nurses' knowledge, attitude and practice towards palliative care. *Data in Brief*, 22, 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.11.133>
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in dying. *Nursing Management*, 31(9), 53-57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15127481/>
- Fine, R. L. (2001). Depression, anxiety, and delirium in the terminally ill patient. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(2), 130-133. <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927747>
- Finocchiaro, D. N. (2017). Supporting the patient's spiritual needs at the end of life. *Nursing Critical Care*, 12(2), 32-36. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000510764.76515.29>
- Firdaus, R. A. O., Astuti, P., Wijaya, A., & Ruliati, R. (2019). Nurse's relation with nurse's knowledge in caring behavior Jombang staying In Hospital room installation. *Proceeding of Surabaya International Health Conference 2019*, 1(1), 1-8. <https://conferences.unusa.ac.id/index.php/SIHC19/article/view/484/203>
- Fraser Health. (2018). *Bowel care*. www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-10-FH---Sym_Guide-BowelCare-v08.pdf?rev=e2b520b3db96405f90bcc30795708a14
- Garcia, M. (2020, July 23). *8 Behaviors of emotionally intelligent people*. Criteria. <https://blog.criteriacorp.com/8-behaviors-of-emotionally-intelligent-people/>

- Glare, P., Miller, J., Nikolova, T., & Tickoo, R. (2011). Treating nausea and vomiting in palliative care: A review. *Clinical Interventions in Aging, 6*, 243–259. <https://doi.org/10.2147/CIA.S13109>
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. London: Bloomsbury.
- Groninger, H., & Vijayan, J. (2014). Pharmacologic management of pain at the end of life. *American Family Physician, 90*(1), 26-32. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0701/p26.html>
- Hancerlioglu, S., & Konakci, G. (2020). The attitudes and behaviors of intensive care unit nurses towards end-of-life care. *Health and Research Journal, 6*(3), 93–100. <https://doi.org/10.12681/healthresj.25302>
- Haryani, A., & Lukmanulhakim. (2019). Predictors of nurse's caring behavior towards patients with critical illness. *KnE Life Sciences, 4*(13), 12–22. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5221>
- Hidayati, L., Rifai, F., & Ni'mah, L. (2017). Emotional intelligence and caring behavior among Muslim nurse: A study in religious-based hospital in Surabaya-Indonesia. *Advances in Health Sciences Research, 3*(8), 137-139. <https://doi.org/10.2991/inc-17.2017.41>
- Hopkinson, J. B., Wright, D. N. M., McDonald, J. W., & Corner, J. L. (2006). The prevalence of concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 32*(4), 322–331. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.05.012>
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, ... Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(1), 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
- Ijaopo, E. O., Zaw, K. M., Ijaopo, R. O., & Khawand-Azoulai, M. (2023). A Review of Clinical Signs and Symptoms of Imminent End-of-Life in Individuals With Advanced Illness. *Gerontology & geriatric medicine, 9*, 1-15. <https://doi.org/10.1177/23337214231183243>

- Johnson, D. G. (2017). *Emotional intelligence and caring behaviors: Is there a relationship?* [Master's thesis, Gardner-Webb University]. Digital Commons @ Gardner-Webb University. <https://core.ac.uk/download/pdf/212811568.pdf>
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Karlsson, M., & Pennbrant, S. (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philosophy, 21*(4), 1-5. <https://doi.org/10.1111/nup.12325>
- Kartini, Y., Nursalam., Ahsan., Khamida., Faizah, I., & Yunitasari, R. (2022). Factors that influence on Islamic caring behavior. *Bali Medical Journal, 11*(1), 397-404. <https://doi.org/10.15562/bmj.v11i1.3107>
- Kiik, S. M., Nuwa, M. S., Betan, Y., & Riti, I. F. (2022). Improving nursing student self-confidence and competence through integrated public health care training. *Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness, 24*(1), 43-47. <https://doi.org/10.32725/kont.2022.003>
- Kobayakawa, M., Ogawa, A., Konno, M., Kurata, A., Hamano, J., Morita, T, ... Miyashita, M. (2017). Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nationwide survey from the perspective of bereaved family members in Japan. *Journal of Psychosomatic Research, 103*, 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.012>
- Kübler-Ross, E. (1997). *Death: The final stage of growth*. Simon and Schuster.
- Larkin, P., Sykes, N., Centeno, C., Ellershaw, J., Elsner, F., Eugene, B., ... Zuurmond, W. (2008). The management of constipation in palliative care: Clinical practice recommendations. *Palliative Medicine, 22*(7), 796–807. <https://doi.org/10.1177/0269216308096908>
- Leach, C. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical Medicine (London, England), 19*(4), 299–301. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-299>
- Liao, L., Zhang, F., Zhang, Y., Guan, C., Xu, G., Yuan, ... Liu, Y. (2023). Nurse managers' perceptions and experiences of caring behavior for clinical nurses: A multicenter survey. *BMC Nursing, 22*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01541-0>

- Librach, S. L., Bouvette, M., De Angelis, C., Farley, J., Oneschuk, D., Pereira, J. L., & Syme, A. (2010). Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(5), 761–773. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.03.026>
- Manosilapakorn, C. (2003). *Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand* (Publication No. 3086708) (Master's thesis). Newcastle: University of Northumbria at Newcastle.
- Marie Curie. (2020, February 10). *Anxiety in palliative care*. Retrieved December 2, 2023, from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/anxiety>
- Marie Curie. (2021a, January 25). *Fatigue in palliative care*. Retrieved December 2, 2023, from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/weakness-fatigue>
- Marie Curie. (2021b, January 29). *Nausea and vomiting in palliative care*. Retrieved December 2, 2023, from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/nausea-vomiting>
- Marie Curie. (2022, July 21). *Pain management in palliative care*. Retrieved December 2, 2023, from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/pain-control>
- McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1999). Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing, 30*(6), 1388–1395. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01214.x>
- Miller, E., Flynn, J. M., & Umadac, J. (1998). Assessing, developing, and maintaining staff's competency in times of restructuring. *Journal of Nursing Care Quality, 12*(6), 9-17. <https://doi.org/10.1097/00001786-199808000-00005>
- Mills, J., & Aubeeluck, A. (2006). Nurses' experiences of caring for their own family members. *British Journal of Nursing, 15*(3), 160–165. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.3.20515>
- Moorthy, G. S., & Letizia, M. (2018). The management of nausea at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 20*(5), 442-449. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000453>

- Mutmainnah, M., Mekeama, L., Yuliana, & Ariyani, T. (2021). Caring behavior and associated factors among nurses in Jambi Teaching Hospital. *Advances in Engineering Research*, 205, 421-427. <https://doi.org/10.2991/aer.k.210825.072>
- National Cancer Institute. (2024, June 6). *Last Days of Life*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/last-days-pdq>
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, ... Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC palliative care*, 18, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>
- Pairojkul, S., Thongkhamcharoen, R., Raksasataya, A., Sorasit, C., Nakawiro, P., Sudsa, S., ... Fagcharoenpol, V. (2021). Integration of specialist palliative care into Tertiary Hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 272-279. <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0003>
- Pereira, J., Panju, M., Srivaratharajah, K., Merali, Z., Krajnik, M., & Sobanski, P. (2022). *Dyspnea in palliative and end-of-life care*. McMaster Textbook. <https://empendium.com/mcmtextbook-sae/chapter/B78.II.22.19.?rfmcm>
- Pokpalagon, P. (2005). *Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospitals, Bangkok* [Master's thesis, Mahidol University]. Mahidol University Library and Knowledge Center. <https://mulinet11.li.mahidol.ac.th/e-thesis/4636946.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C., T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prompahakul, C. (2011). *Factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients in Southern Thailand* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/13538/2/351595.pdf>
- Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011). Review: Factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 15-27. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v1i1.744>

- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring*. Canadian Hospital Association.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professionals* (2nd ed.). CH Press.
- Ross, D. D., & Alexander, C. S. (2001a). Management of common symptoms in terminally ill patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea. *American Family Physician*, *64*(5), 1019-1026. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0915/p1019.html>
- Ross, D. D., & Alexander, C. S. (2001b). Management of common symptoms in terminally ill patients: Part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. *American Family Physician*, *64*(5), 807-814. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0901/p807.html>
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, *23*(1), 126–137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb03106.x>
- Sah, S., Dsouza, S., & Dsouza, M. C. (2022). Nursing personnel's caring behaviors during end-of-life treatment in a Tertiary Care Hospital. *MedS Alliance Journal of Medicine and Medical Sciences*, *2*(4), 66–70. <https://doi.org/10.3126/mjmms.v2i4.53673>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1997). *Emotional intelligence imagination cognition and personality*. McGraw-Hill.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. American Psychological Association.
- Shreves, A., & Pour, T. R. (2013). Emergency management of dyspnea in dying patients. *Emergency Medicine Practice*, *15*(5), 1-19. <https://www.ebmedicine.net/topics/ethics/dyspnea-in-dying>

- Sinha, A., Deshwal, H., & Vashisht, R. (2023, February 26). *End of life evaluation and management of pain*. NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568753/>
- Smith, S. N., & Bohnet, N. (1983). Organization and administration of hospice care. *The Journal of Nursing Administration*, 13(11), 10-16. <https://www.jstor.org/stable/26807855>
- Sousa, S. D. S., Reis, A. D., Neto, J. O. B., & Garcia, J. B. S. (2021). End-of-life experience and its toll on quality of life and spirituality: A cross-sectional study. *International journal of palliative nursing*, 27(5), 263–273. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.5.263>
- Subih, M., Al-Amer, R., Malak, M. Z., Ranall, D. C., Darwish, R., Alomari, D., & Mosleh, S. (2022). Knowledge of critical care nurses about end-of-life care towards terminal illnesses: Levels and correlating factors. *Inquiry*, 59, 1–9. <https://doi.org/10.1177/00469580221080036>
- Sundus, A., & Younas, A. (2020). Caring behaviors of male nurses: A descriptive qualitative study of patients' perspectives. *Nursing Forum*, 55(4), 1-7. <https://doi.org/10.1111/nuf.12464>
- Swanson, K. M. (1999). *Handbook of clinical nursing research*. SAGE Publications.
- Taylor, V., & Ashelford, S. (2008). Understanding depression in palliative and end-of-life care. *Nursing Standard*, 23(12), 48–57. <https://doi.org/10.7748/ns2008.11.23.12.48.c6729>
- Tong, L. K., Zhu, M. X., Wang, S. C., Cheong, P. L., & Van, L. K. (2022). Factors influencing caring behaviour among registered nurses during the COVID-19 pandemic in China: A qualitative study using the COM-B framework. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4071-4079. <https://doi.org/10.1111/jonm.13855>
- Turk, D. C., & Feldman, C. S. (1992). Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: The contribution of psychological variables. *The Hospice Journal*, 8(1-2), 1–23. https://doi.org/10.1300/J011v08n01_01
- Weiss, S. C., Emanuel, L. L., Fairclough, D. L., & Emanuel, E. J. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet*, 357(9265), 1311–1315. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04515-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04515-3)
- Wendt, A. (2001). End-of-life competencies and the NCLEX-RN examination. *Nursing Outlook*, 49(3), 138-41. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110601>

- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile – revised: A multidimensional measure of attitudes toward death (DAP-R). In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Taylor & Francis.
- World Health Organization. (2020, August 5). *Palliative care*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wu, X., Zhou, Z., Zhang, Y., Lin, X., Zhang, M., Pu, F., & Zhang, M. (2021). Factors associated with behaviors toward end-of-life care among Chinese oncology nurses: A cross-sectional study. *Asian Nursing Research*, 15(5), 310-316.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.10.003>
- Xia, L., & Kongsuwan, W. (2020). Factors relating to nurses' end-of-life care. *Journal of Biosciences and Medicines*, 8(6), 189-200. <https://doi.org/10.4236/jbm.2020.86018>
- Xu, Y., Zhang, S., Wang, J., Shu, Z., Jing, L., He, J., ..., & Li, S. (2023). Nurses' practices and their influencing factors in palliative care. *Frontiers in public health*, 11, 1117923. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1117923>
- Yu, J., Mei, X., Zeng, Y., Yuan, D., Yu, Y., & Ye, Z. (2023). Associations among emotional intelligence, resilience and humanistic caring ability in nursing postgraduates: A response surface analysis and moderated mediation model. *Research Square*. Advance online publication. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs3083279/v1>
- Zhao, J., Wang, Y., Xiao, B., Ye, F., Chen, J., Huang, Y., ..., & Zou, Z. (2024). Behaviors and influencing factors of Chinese oncology nurses towards hospice care: A cross-sectional study based on social cognitive theory in 2022. *BMC palliative care*, 23(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01385-8>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก หนังสือแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท

.....

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๙

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๓ บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นายนันท์วัฒน์ ภิญโญ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๑๐๖ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๕

NS BS

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ข หนังสืออนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้สิทธิระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๖๖/๒๕๖๖

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นายนันท์วัฒน์ ภิญโญ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๑๐๖ สิทธิระดับปริญญาโท
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดำเนินการทำวิจัยตาม
โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง”

ภาษาอังกฤษ “FACTORS INFLUENCING CARING BEHAVIORS FOR END OF LIFE PATIENTS OF
REGISTERED NURSES IN A UNIVERSITY HOSPITAL ”

โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๖

NS TS

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ค เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัย



NARESUAN
UNIVERSITY
G Suite for Education

NUNTAWAT PINYO <nuntawatp64@nu.ac.th>

Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

KHANOKPORN SUCAMVANG <khanokporn.su@cmu.ac.th>
To: NUNTAWAT PINYO <nuntawatp64@nu.ac.th>

Sun, Feb 19, 2023 at 2:23 AM

เรียน คุณนันท์วัฒน์

ทีมผู้วิจัยขออนุญาตให้ท่านนำเครื่องมือไปดำเนินการตามแจ้ง พร้อมทั้งขอรับความร่วมมือในการระบุชื่อผู้วิจัยทั้งสามคนในการนำเสนอการใช้เครื่องมือในวิทยานิพนธ์ด้วยคะ
ขอให้คุณนันท์วัฒน์ประสบความสำเร็จในการศึกษาวิจัยและบรรลุผลสำเร็จในการศึกษาโดยเร็ววันนะคะ
กนกพร สุคำวัง

From: NUNTAWAT PINYO <nuntawatp64@nu.ac.th>

Sent: Saturday, February 18, 2023 2:07 AM

To: KHANOKPORN SUCAMVANG <khanokporn.su@cmu.ac.th>; khanokpornsuc@pim.ac.th <khanokpornsuc@pim.ac.th>

Subject: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง

กระผม นายนันท์วัฒน์ ภิญโญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กระผมมีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือในการวิจัย “แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย” ที่พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนมา มหานุภาพ, รองศาสตราจารย์นันทา เล็กสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง ในรายงานวิจัยเรื่อง ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2541 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ของตนเอง
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
นันท์วัฒน์ ภิญโญ



NARESUAN
UNIVERSITY
Centre for Education

NUNTAWAT PINYO <nuntawatp64@nu.ac.th>

ขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

KHANOKPORN SUCAMVANG <khanokporn.su@cmu.ac.th>
To: NUNTAWAT PINYO <nuntawatp64@nu.ac.th>

Fri, Aug 18, 2023 at 12:43 AM

รับทราบ เตี่ยจะเรียน รศ. นันทา เล็กสวัสดิ์ ทีมวิจัย ชื่อที่ 2 ให้รับทราบด้วย ขอให้ประสบความสำเร็จในเร็ววันนะคะ
ดัดแปลงแล้วได้เครื่องมือ โฉมใหม่รบกวนส่งให้กันได้รับทราบเพื่อแนะนำท่านที่สนใจติดต่อ อ.นันทวัฒน์เพื่อขออนุญาตใช้เครื่อง
มือ ต่อไปนะคะ
ขอบคุณล่วงหน้าคะ
กนกพร

From: NUNTAWAT PINYO <nuntawatp64@nu.ac.th>
Sent: Sunday, August 6, 2023 8:51 PM
To: khanokpornsuc@pim.ac.th <khanokpornsuc@pim.ac.th>; KHANOKPORN SUCAMVANG
<khanokporn.su@cmu.ac.th>
Subject: ขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง

กระผม นายณัฐวัฒน์ ภิญโญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูง
อายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติ
กรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งมีผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2566 ผมได้ขอ
อนุญาต ใช้เครื่องมือ ในการวิจัย คือ “แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย” ที่พัฒนา โดย ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ทัศนมา มหานุภาพ, รองศาสตราจารย์นันทา เล็กสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง ใน
รายงานวิจัยเรื่อง ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเซี
ยงใหม่ ปี พ.ศ. 2541 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการทำวิทยานิพนธ์ของตนเอง และท่าน
อาจารย์ได้ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ กระผมจึงได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้ (try out)
เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผลจากการทดลองใช้แบบสอบถามพบว่าค่า
ความเชื่อมั่นที่ได้น้อยกว่าค่าที่กำหนด ดังนั้น กระผมจึงขออนุญาตดัดแปลงแบบสอบถามดังกล่าวเพื่อให้ได้ค่าความ
เชื่อมั่นตามที่กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
ณัฐวัฒน์ ภิญโญ

ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัชรารัตน์ ตาบุรี
แพทย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แสงหล้า พลนอก
อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ดร. สุกัญญา โพนนอก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๘

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๐๒๖๕ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัชรภรณ์ ตาบุรี

ด้วย นายันทวัฒน์ ภิญโญ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๑๐๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่แนบมาพร้อมนี้ บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๐๒๖๕ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงหล้า พลนอก

ด้วย นายนันทวัฒน์ ภิญโญ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๑๐๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่แนบมาพร้อมนี้ บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๐๒๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน คุณสุกัญญา โพนนอก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายนันท์วัฒน์ ภิญโญ รหัสประจำตัว ๖๕๐๖๑๑๐๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังแนบมาพร้อมนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย
โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๓๙
โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖
๒. นายนันท์วัฒน์ ภิญโญ
โทร ๐๙-๐๖๖๕-๙๒๒๒

ภาคผนวก ฉ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...สำนักงานอธิการบดี-กองการวิจัยและนวัตกรรม-งานจัดการมาตรฐานฯ โทร. 8721.....

ที่...อว.0603.01.13(1)/NW-HRB.0359.....วันที่...20 กุมภาพันธ์ 2566.....

เรื่อง...ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....

เรียน นายนันท์วัฒน์ ภิญโญ : นิสิตระดับปริญญาโท (อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์)

สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบเอื้ออาหารของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (หมายเลขโครงการ: P2-0012/2566) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และมีมติ รับรอง แบบเร่งรัด ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. IF 01 Research Ethical Application for Non-Intervention Study เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 มกราคม 2566
3. IF 03 สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2566
4. IF 03 สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป (Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2566
5. IF 04 สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2566
6. IF 04 สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป (Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2566
7. IF 05 CV เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 มกราคม 2566
8. IF 06 CV เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 มกราคม 2566
9. Full Protocol เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2566
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2566

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการตามข้อปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ระบุไว้ด้านหลังของใบรับรอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวัลย์ ดาดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

**หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม**

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-013/2566E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ : แล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรดแลคติกในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นายันทวัฒน์ ภิญโญ

สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาพบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 เม.ย. 2566
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 เม.ย. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 เม.ย. 2566
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 เม.ย. 2566

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิง

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-013/2566

วันที่ให้การรับรอง : 02/04/2566

วันหมดอายุใบรับรอง : 02/04/2567

ภาคผนวก ข หนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล

ที่ อว 8708.22/ 4633

๑๑ กรกฎาคม 2566

เรื่อง ยินดีให้บัณฑิตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

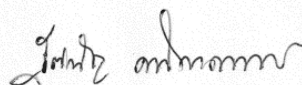
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งหนังสือเลขที่ อว 0603.02/1901 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2566 เรื่องขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย (สำหรับ try - out) ของนายณันทวัฒน์ ภิญโญ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง” ณ

ในการนี้ ยินดีให้
นายณันทวัฒน์ ภิญโญ นิสิตระดับปริญญาโท เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์)
ผู้อำนวยการ

ฝ่ายการพยาบาล
ผู้ประสานงาน
โทร

ที่ อว 8731/ 3358

21 กันยายน 2566

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน นายบัณฑิตน์ ภิญโญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย ฉบับภาษาไทย จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พิจารณาอนุมัตินั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

อนุมัติให้ดำเนินการตามโครงการดังกล่าวได้ อนึ่งคณะกรรมการขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์และหรือแบบสอบถาม ตามที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น
3. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
4. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ต้องระบุให้ชัดเจนว่ามีเปลี่ยนแปลงอะไรอย่างใด พร้อมทั้งเหตุผลที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
5. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย หรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัยต้องส่งประวัติของมนุษย์ที่เปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งเหตุผลให้คณะกรรมการทราบด้วย
6. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงเกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง relate, possible/likely, probably, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย ภายใน 7 วัน หลังจากท่านรับทราบข้อมูล
7. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการฯ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
8. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน
9. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ขอให้ส่งเอกสาร Final Report โดยส่งที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชั้น 4 อาคารเรียนและปฏิบัติการ ฝั่งเอ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ธน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์)
ผู้อำนวยการ

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
2. แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 11 หน้า ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย
 - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์
3. ขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] เพียงช่องเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา [] พุทธ [] คริสต์ [] อิสลาม
[] ไม่นับถือศาสนา [] อื่น ๆ (ระบุ)
4. สถานภาพ [] สมรส [] โสด [] หม้าย
[] หย่าร้าง [] แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา [] ปริญญาตรี [] ปริญญาโท หรือสูงกว่า
6. หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน [] แผนกผู้ป่วยนอก [] แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
[] หอผู้ป่วยเคมีบำบัด [] หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
[] หอผู้ป่วยศัลยกรรม [] หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม
[] หอผู้ป่วยอายุรกรรม [] หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม
[] หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม [] หอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวชกรรม
[] หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม [] หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
[] หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก [] อื่น ๆ (ระบุ)
7. ตำแหน่งงาน [] หัวหน้าหอผู้ป่วย [] รองหัวหน้าหอผู้ป่วย
[] พยาบาลปฏิบัติงาน [] อื่น ๆ (ระบุ)
8. ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ปี
9. การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
[] มี
[] ไม่มี
10. การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
[] เคยได้รับการอบรม (ระบุ)
- [] ไม่เคยได้รับการอบรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีข้อความทั้งหมด 38 ข้อ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

2. ขอให้ท่านพิจารณาว่าเมื่อมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในความดูแลของท่าน ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละข้อคำถามมากน้อยเพียงใด โดยคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย (ร้อยละ 0)
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเคยกระทำพฤติกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 1-25)
น้อย	หมายถึง	ท่านเคยกระทำพฤติกรรมนั้นบางครั้ง (ร้อยละ 26-50)
มาก	หมายถึง	ท่านเคยกระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง (ร้อยละ 51-75)
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านเคยกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ (ร้อยละ 76-100)

ข้อที่	พฤติกรรม	ไม่ เคย	น้อย ที่สุด	น้อย	มาก	มาก ที่สุด
1	ฉันหมั่นสอบถามความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
2	ฉันรับฟังปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างตั้งใจ					
3	ฉันพุดปลอบใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ					
4	ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายในยามที่ผู้ป่วยต้องการ					
5	ฉันให้เวลาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้คิดไตร่ตรองก่อนการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ					
6	ฉันให้เวลาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ					
7	ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอ					
8	ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยไม่รอให้ผู้ป่วยร้องขอ					
9	ฉันสามารถประเมินปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
10	ฉันสามารถคาดการณ์อาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
11	ฉันสามารถตรวจพบปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปได้					

ข้อที่	พฤติกรรม	ไม่ เคย	น้อย ที่สุด	น้อย	มาก	มาก ที่สุด
12	ฉันสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระยะสุดท้ายได้					
13	ฉันสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
14	ฉันสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้					
15	ฉันมั่นใจว่าฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่าง คล่องแคล่ว จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นใน ความสามารถของฉัน					
16	ฉันมั่นใจว่าฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวเชื่อมั่นในความสามารถของฉัน					
17	ฉันมั่นใจว่าฉันเป็นที่ปรึกษาที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวฉัน					
18	ฉันมั่นใจว่าฉันตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี จนทำให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเชื่อมั่นในความสามารถของฉัน					
19	ฉันมั่นใจว่าฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรฐาน การพยาบาล จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความ ไว้วางใจในตัวฉัน					
20	ฉันรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
21	ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนอย่างเท่าเทียม					
22	เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายตัดสินใจเรื่องใดแล้วภายใต้การ ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ฉันเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย					
23	ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยระยะสุดท้าย แม้ผู้ป่วยอยู่ใน สภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว					
24	ฉันระมัดระวังคำพูดและการกระทำของตนเองทั้งต่อหน้า และลับหลังผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
25	เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ฉันให้ข้อมูลตามความเป็นจริง					

ข้อที่	พฤติกรรม	ไม่เคย	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
26	ฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา					
27	ฉันเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย					
28	ฉันพยายามช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสมปรารถนามากที่สุดโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค					
29	ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสุดความสามารถเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแล					
30	ฉันทำทุกวิถีทางเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
31	เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉันพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างรวดเร็ว					
32	ฉันศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง					
33	ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวลเพื่อสื่อถึงความห่วงใย					
34	ขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉันแสดงสีหน้าท่าทางที่สื่อถึงความเอื้ออาทร					
35	ขณะสนทนากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉันสบสายตากับผู้ป่วยด้วยแววตาที่เป็นมิตร					
36	เมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามความต้องการของฉัน ฉันพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจ					
37	ฉันแต่งกายสุภาพเรียบร้อยขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
38	ฉันพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยภาษาที่สุภาพและอ่อนโยน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความในข้อความทีละข้อ พร้อมกับตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด

2. ตัวเลือกคำตอบของแต่ละข้อความมี 3 ตัวเลือก โดยความหมายของแต่ละตัวเลือกมีดังนี้

ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นผิด

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านคิดว่าท่านไม่รู้ว่าข้อความในข้อนั้นถูกหรือผิด

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	ความวิตกกังวลจะทำให้ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความปวดเพิ่มมากขึ้น			
2	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อในร่างกายอาจมีอาการสับสน หลงผิด หรือวงจรการนอนหลับผิดปกติได้			
3	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีญาติมาเยี่ยมขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักมีความรู้สึกกลัว			
4	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แสดงอาการหน้ามืด ใจชั้วมวด และกระสับกระส่าย ต้องการการจัดการความไม่สุขสบาย			
5	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำความผิดต่อบุคคลอื่น ส่วนใหญ่ต้องการขออโหสิกรรมหรือขอให้อภัย			
6	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล			
7	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่			
8	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง			
9	การดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ทั้งหมด			
10	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนนความปวดเท่ากับ 5 จำเป็นต้องได้รับมอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการ			

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
11	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ต้องเฝ้าติดตามเรื่องการหายใจ			
12	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยาโคเดอีนอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้			
13	ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนและขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการเสมอ			
14	การดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายงีบหลับในช่วงกลางวันจะช่วยลดอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยลงได้			
15	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เบื่ออาหารและผอมแห้ง จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อให้ได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ			
16	การให้ยาระบาย senokot ช่วยลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ได้			
17	เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายรู้สึกโกรธบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยให้หายได้ ต้องยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย			
18	เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในภาวะซึมเศร้าต้องกระตุ้นหรือเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย			
19	เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและจากไปอย่างสงบ			
20	ควรให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ จนวาระสุดท้ายของชีวิต			
21	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยผิดหวังหรือเจ็บปวด			
22	การอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสงบในจิตใจ			
23	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีสิ่งค้างคาใจ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่คนเดียวเพื่อคิดทบทวนสิ่งเหล่านั้น			
24	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รู้สึกห่วงกังวลในบางเรื่อง ต้องดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนมาก ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานในจิตใจ			
25	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้กล่าวคำอำลากับบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย จะช่วยลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยลงได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีข้อความทั้งหมด 30 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความในข้อความทีละข้อ พร้อมกับตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย (2)	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ (3)	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
เห็นด้วย (4)	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นกับฉันในอนาคต					
2	ฉันรู้สึกว่าการตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว					
3	ความตายเป็นเรื่องที่น่าสลด หดหู่					
4	เมื่อฉันรับรู้เกี่ยวกับการตายของบุคคลอื่น ฉันรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก					
5	ฉันคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้					
6	ฉันคิดว่าความตายเป็นเหตุการณ์หนึ่งในธรรมชาติของชีวิต					
7	เมื่อฉันรับรู้เกี่ยวกับการตายของบุคคลอื่น ทำให้ฉันเห็นถึงคุณค่าของชีวิต					
8	เมื่อฉันรับรู้เกี่ยวกับการตายของบุคคลอื่น ทำให้ฉันใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท					
9	ฉันคิดว่าการตายของบุคคลสำคัญในครอบครัวจะนำมาซึ่งความโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก					
10	ฉันคิดว่าความตายเป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตอีกรูปแบบหนึ่งไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต					
11	ฉันเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีโอกาสที่จะตายได้ทุกที่ทุกเวลา					
12	ฉันเชื่อว่าความตายเป็นกฎของธรรมชาติ เป็นสิ่งที่ทุกชีวิตต้องเผชิญ					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
13	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยที่ตายอย่างทุกข์ทรมานเป็นผลมาจากเวรกรรมที่เคยกระทำมา					
14	ฉันเชื่อว่าการตายของแต่ละคนเป็นเพียงเรื่องสมมติ					
15	ฉันเชื่อว่าการตายของแต่ละคนเป็นเพียงการเปลี่ยนมิติทางกายภาพ					
16	เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายกำลังประสบกับความทุกข์ทรมาน ฉันรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย					
17	ฉันรู้สึกกลัวทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วยใกล้ตายตามลำพัง					
18	เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ฉันรู้สึกวิตกกังวล					
19	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักกลัวความตายที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง					
20	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักมีอาการฉงนแปรปรวน					
21	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักเรียกร้องความสนใจ					
22	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นบุคคลที่มีคุณค่าลดลง					
23	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด					
24	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักพบกับความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด					
25	ฉันคิดว่าถ้าผู้ป่วยทราบว่าตนเองใกล้ตาย ผู้ป่วยจะมีการทรุดลงอย่างรวดเร็ว					
26	ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายที่มีการเตรียมตัวตายมาก่อนจะตายอย่างสงบ					
27	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ ผู้ป่วยจะจากไปอย่างสงบ					
28	ฉันเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นการทำบุญรูปแบบหนึ่ง					
29	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นเพียงผู้ป่วยคนหนึ่งไม่ใช่คนที่กำลังจะเสียชีวิต					
30	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายสามารถยอมรับความจริง และเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตได้					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความในข้อคำถามทีละข้อ พร้อมกับตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่จริง
จริงบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นจริงบางครั้ง
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างจริง
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นจริงมาก

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
1	เวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ฉันรับรู้ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน				
2	ฉันบอกไม่ได้ว่าอะไรทำให้ฉันรู้สึกโกรธ				
3	เมื่อถูกขัดใจ ฉันมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ไม่ได้				
4	ฉันสามารถคอยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ				
5	ฉันมักมีปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรงต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย				
6	เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ฉันจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้				
7	ฉันสังเกตได้ เมื่อคนใกล้ชิดมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง				
8	ฉันไม่สนใจกับความทุกข์ของผู้อื่นที่ฉันไม่รู้จัก				
9	ฉันไม่ยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ฉันคิด				
10	ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน				
11	ฉันรู้สึกว่าผู้อื่นชอบเรียกร้องความสนใจมากเกินไป				
12	แม้จะมีภาระที่ต้องทำฉันก็ยินดีรับฟังความทุกข์ของผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ				

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
13	เป็นเรื่องธรรมดาที่จะเอาเปรียบผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
14	ฉันเห็นคุณค่าในน้ำใจที่ผู้อื่นมีต่อฉัน				
15	เมื่อทำผิด ฉันสามารถกล่าวคำ “ขอโทษ” ผู้อื่นได้				
16	ฉันยอมรับข้อผิดพลาดของผู้อื่นได้ยาก				
17	ถึงแม้จะต้องเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ฉันก็ยินดีที่จะทำเพื่อส่วนรวม				
18	ฉันรู้สึกลำบากใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผู้อื่น				
19	ฉันไม่รู้ว่าฉันเก่งเรื่องอะไร				
20	แม้จะเป็นงานยาก ฉันก็มั่นใจว่าสามารถทำได้				
21	เมื่อทำสิ่งใดไม่สำเร็จ ฉันรู้สึกหมดกำลังใจ				
22	ฉันรู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ				
23	เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคและความผิดหวัง ฉันก็จะไม่ยอมแพ้				
24	เมื่อเริ่มทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ฉันมักทำต่อไปไม่สำเร็จ				
25	ฉันพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยไม่คิดเอาเองตามใจชอบ				
26	บ่อยครั้งที่ฉันไม่รู้ว่าอะไรทำให้ฉันไม่มีความสุข				
27	ฉันรู้สึกว่า การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน				
28	เมื่อต้องทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ฉันตัดสินใจได้ว่า จะทำอะไรก่อนหลัง				
29	ฉันลำบากใจเมื่อต้องอยู่กับคนแปลกหน้าหรือคนที่ไม่คุ้นเคย				
30	ฉันทนไม่ได้เมื่อต้องอยู่ในสังคมที่มีกฎระเบียบขัดกับความเคยชินของฉัน				
31	ฉันทำความรู้จักผู้อื่นได้ง่าย				
32	ฉันมีเพื่อนสนิทหลายคนที่คบกันมานาน				
33	ฉันไม่กล้าบอกความต้องการของฉันให้ผู้อื่นรู้				

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
34	ฉันทำในสิ่งที่ต้องการโดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน				
35	เป็นการยากสำหรับฉันที่จะโต้แย้งกับผู้อื่น แม้จะมีเหตุผลเพียงพอ				
36	เมื่อไม่เห็นด้วยกับผู้อื่น ฉันสามารถอธิบายเหตุผลที่เขายอมรับได้				
37	ฉันรู้สึกดีน้อยกว่าผู้อื่น				
38	ฉันทำหน้าที่ได้ดี ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใด				
39	ฉันสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ดีที่สุด				
40	ฉันไม่มั่นใจในการทำงานที่ยากลำบาก				
41	แม้สถานการณ์จะเลวร้าย ฉันก็มีความหวังว่าจะดีขึ้น				
42	ทุกปีฉันมักมีทางออกเสมอ				
43	เมื่อมีเรื่องที่ทำให้เครียด ฉันมักปรับเปลี่ยนให้เป็นเรื่องผ่อนคลายหรือสนุกสนานได้				
44	ฉันสนุกสนานทุกครั้งกับกิจกรรมในวันสุดสัปดาห์และวันหยุดพักผ่อน				
45	ฉันรู้สึกไม่พอใจที่ผู้อื่นได้รับสิ่งดี ๆ มากกว่าฉัน				
46	ฉันพอใจกับสิ่งที่ฉันเป็นอยู่				
47	ฉันไม่รู้ว่าจะหาอะไรทำ เมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย				
48	เมื่อว่างเว้นจากภาระหน้าที่ ฉันจะทำในสิ่งที่ฉันชอบ				
49	เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ฉันมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ได้				
50	ฉันสามารถผ่อนคลายตนเองได้ แม้จะเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่				
51	ฉันไม่สามารถทำให้เป็นสุขได้จนกว่าจะได้ทุกสิ่งที่ต้องการ				
52	ฉันมักทุกข์ร้อนกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ				

ภาคผนวก ด การตรวจสอบและทดสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งมี 5 ข้อ (อนูวัติ คุณแก้ว, 2566) ดังนี้

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามอยู่ในมาตราอันตรภาค หรืออัตราส่วน (Interval or ratio variables)

การศึกษานี้มีตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตราอัตราส่วน

ตัวแปรต้น คือ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะติดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตราอัตราส่วน ส่วนตัวแปรการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตรนามบัญญัติ

จากข้อมูลตัวแปรข้างต้น พบว่า ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร และตัวแปรต้น คือ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะติดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ เป็นตัวแปรที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ข้อที่ 1 ส่วนตัวแปรการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตรนามบัญญัติ และเป็นตัวแปรทวิภาค (Dichotomous variable) จึงไม่สามารถใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ได้ในการหาความสัมพันธ์จึงต้องใช้สถิติสัมพันธ์อื่น

2. ข้อมูลต้องไม่มีค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก (No outliers)

ในการทดสอบความผิดปกติของข้อมูลหรือการตรวจสอบค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก ผู้วิจัยทดสอบด้วยการหาค่า Cook's distance ของชุดข้อมูล หากค่า Cook's distance ของชุดข้อมูลมีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าข้อมูลนั้นไม่มีค่าผิดปกติ จากการทดสอบค่า Cook's distance ของชุดข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ พบว่า ค่า Cook's distance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.000-0.129 (ดังแสดงในตาราง ด-1) ดังนั้น ชุดข้อมูลในการวิจัยนี้จึงไม่มีค่าผิดปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันข้อที่ 2

ตาราง ด-1 ผลการทดสอบค่า Cook's distance ของชุดข้อมูล

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.5848	4.5811	4.0611	.20406	113
Std. Predicted Value	-2.334	2.549	.000	1.000	113
Standard Error of Predicted Value	.030	.171	.058	.022	113
Adjusted Predicted Value	3.6174	4.5836	4.0607	.20234	113
Residual	-.57496	.59001	.00000	.24029	113
Std. Residual	-2.328	2.389	.000	.973	113
Stud. Residual	-2.439	2.430	.000	1.006	113
Deleted Residual	-.63133	.61043	.00040	.25767	113
Stud. Deleted Residual	-2.499	2.489	.000	1.015	113
Mahal. Distance	.624	52.407	5.947	6.519	113
Cook's Distance	.000	.129	.011	.019	113
Centered Leverage Value	.006	.468	.053	.058	113

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

ในการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัว ผู้วิจัยทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test หากค่า p-value ของ Kolmogorov-Smirnov มีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ จากการทดสอบข้อมูลตัวแปร พบว่า ค่า p-value ของตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร และค่า p-value ของตัวแปรต้น คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะติดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าเท่ากับ .176, .069, .200, และ .200 ตามลำดับ (ดังแสดงในตาราง ด-2) ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันข้อที่ 3 ส่วนตัวแปรตามบางตัวแปร คือ อายุ และระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ มีค่า p-value น้อยกว่า .05 (ดังแสดงในตาราง ด-2) แสดงว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้น จึงไม่สามารถใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ได้ ในการหาความสัมพันธ์จึงต้องใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ตาราง ด-2 ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.074	113	.176	.982	113	.130
อายุ	.254	113	.000	.768	113	.000
ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ	.274	113	.000	.719	113	.000
ความรู้	.081	113	.069	.988	113	.452
ทัศนคติ	.071	113	.200 [*]	.975	113	.031
ความฉลาดทางอารมณ์	.053	113	.200 [*]	.984	113	.207

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

4. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

ในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ผู้วิจัยทดสอบด้วยวิธี ANOVA test of linearity หากค่า p-value ของ Linearity น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 แสดงว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร พบว่า ค่า p-value ของ Linearity ของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าเท่ากับ .000 ทุกตัวแปร (ดังแสดงในตาราง ด-3,4,5) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 แสดงว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันข้อที่ 4

ตาราง ด-3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย * ความรู้	Between Groups	(Combined)	3.877	15	.258	3.457	.000
		Linearity	1.617	1	1.617	21.631	.000
		Deviation from Linearity	2.260	14	.161	2.159	.077
	Within Groups		7.253	97	.075		
Total			11.130	112			

ตาราง ด-4 ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย * ทัศนคติ	Between Groups	(Combined)	5.766	39	.148	2.012	.005
		Linearity	2.077	1	2.077	28.259	.000
		Deviation from Linearity	3.689	38	.097	1.321	.153
	Within Groups		5.364	73	.073		
Total			11.130	112			

ตาราง ด-5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรความฉลาดทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย * ความฉลาดทางอารมณ์	Between Groups	(Combined)	6.411	51	.126	1.625	.035
		Linearity	2.434	1	2.434	31.454	.000
		Deviation from Linearity	3.977	50	.080	1.028	.456
	Within Groups		4.719	61	.077		
Total			11.130	112			

จากตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันข้างต้น พบว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ความฉลาดทางอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรเป็นตัวแปรที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อ ตัวแปรดังกล่าวจึงสามารถใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ได้

สำหรับตัวแปรอายุ และระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์จึงต้องใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ส่วนตัวแปรการมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์จึงต้องใช้สถิติสัมพันธ์อันดับ เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรทวิภาค (Dichotomous variable)



ภาคผนวก ต การตรวจสอบและทดสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร พบว่า ตัวแปรการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าวมาตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ มี 7 ข้อ (อนูวัติ คุณแก้ว, 2566) ดังนี้

1. ตัวแปรต้น 2 ตัวขึ้นไป อยู่ในมาตราอันตรภาค/อัตราส่วน (Interval or ratio variables) และ/หรือ ตัวแปรต้น 2 ตัวขึ้นไป อยู่ในมาตรานามบัญญัติ/จัดกลุ่ม (Nominal or categorical) และตัวแปรตาม 1 ตัว อยู่ในมาตราอันตรภาค/อัตราส่วน (Interval or ratio variables)

การศึกษานี้มีตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นตัวแปรที่อยู่ในอัตราส่วน

ตัวแปรต้น คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตราอัตราส่วน ส่วนตัวแปรการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตรานามบัญญัติ ซึ่งได้รับการแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นแล้ว (Dummy variable) โดยกำหนดให้ 0 = ไม่เคยได้รับการอบรม, 1 = เคยได้รับการอบรม

จากข้อมูลตัวแปรข้างต้น พบว่า ตัวแปรตาม และตัวแปรต้นทุกตัว เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 1

2. ข้อมูลบางข้อมูลต้องไม่มีค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก (No outliers)

ในการทดสอบความผิดปกติของข้อมูลหรือการตรวจสอบค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก ผู้วิจัยทดสอบด้วยการหาค่า Cook's distance ของชุดข้อมูล หากค่า Cook's distance ของชุดข้อมูลมีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าข้อมูลนั้นไม่มีค่าผิดปกติ จากการทดสอบค่า Cook's distance ของชุดข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ พบว่า ค่า Cook's distance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.000-0.117 (ดังแสดงในตาราง ต-1) ดังนั้น ชุดข้อมูลในการวิจัยนี้ไม่มีค่าผิดปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 2

ตาราง ต-1 ผลการทดสอบค่า Cook's distance ของชุดข้อมูล

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.5836	4.6098	4.0611	.20328	113
Std. Predicted Value	-2.349	2.700	.000	1.000	113
Standard Error of Predicted Value	.027	.092	.050	.014	113
Adjusted Predicted Value	3.6214	4.6127	4.0614	.20335	113
Residual	-.57293	.58950	.00000	.24095	113
Std. Residual	-2.335	2.402	.000	.982	113
Stud. Residual	-2.447	2.443	-.001	1.007	113
Deleted Residual	-.62898	.60967	-.00037	.25356	113
Stud. Deleted Residual	-2.506	2.502	-.001	1.016	113
Mahal. Distance	.374	14.682	3.965	2.807	113
Cook's Distance	.000	.117	.011	.017	113
Centered Leverage Value	.003	.131	.035	.025	113

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ข้อมูลเป็นอิสระจากกัน (Independent)

ในการทดสอบความเป็นอิสระจากกันของข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบด้วยวิธี Durbin-Watson test หากค่า Durbin-Watson เข้าใกล้ 2 (ระหว่าง 1.5-2.5) แสดงว่า ข้อมูลเป็นอิสระจากกัน จากการทดสอบข้อมูล พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.888 (ดังแสดงในตาราง ต-2) ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นอิสระจากกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 3

ตาราง ต-2 ผลการทดสอบค่า Durbin-Watson

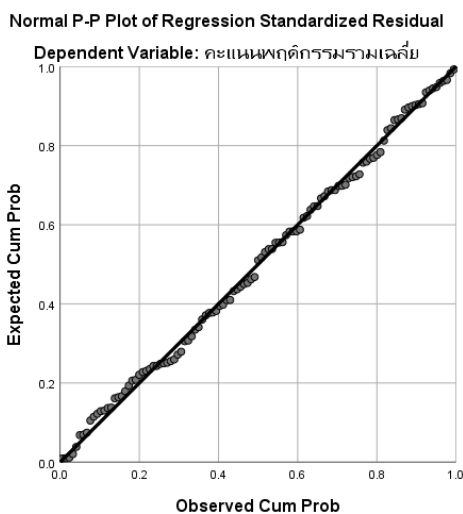
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.645 ^a	.416	.394	.24537	1.888

a. Predictors: (Constant), ความฉลาดทางอารมณ์, การยอมรับ, ความรู้, ทัศนคติ

b. Dependent Variable: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. มีความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวกับตัวแปรตาม (Linearity)

ในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวกับตัวแปรตาม ผู้วิจัยทดสอบด้วยวิธี Graphical method โดยใช้ Normal probability plot จากการทดสอบ พบว่า ข้อมูลทั้งหมดจัดกลุ่มรอบเส้นทแยงมุม (Clustering around the diagonal) (ดังแสดงในภาพ ต-1) แสดงว่า ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเป็นแบบเส้นตรง ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 4



ภาพ ต-1 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม

5. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

ในการทดสอบการแจกแจงข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test หากค่า Sig. ของ Kolmogorov-Smirnov มีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ จากการทดสอบข้อมูล พบว่า ค่า Sig. ของข้อมูลมีค่าเท่ากับ .176 (ดังแสดงในตาราง ต-3) ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 5

ตาราง ต-3 ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูล

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมการดูแลผู้บ่มระยะสุดท้าย	.074	113	.176	.982	113	.130

a. Lilliefors Significance Correction

6. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

ในการทดสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน ผู้วิจัยทดสอบด้วยวิธี Glejser test หากค่า Sig. ของตัวแปรมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ จากการทดสอบ พบว่า ตัวแปรการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะติดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีค่า Sig. เท่ากับ .216, .930, .217, และ .987 ตามลำดับ (ดังแสดงในตาราง ต-4) ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือไม่มีปัญหาความไม่คงที่ของค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 6

ตาราง ต-4 ผลการทดสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.383	.160		2.392	.018
	การอบรม	.039	.031	.119	1.244	.216
	ความรู้	.000	.001	.009	.088	.930
	ทักษะคดี	-.057	.046	-.141	-1.242	.217
	ความฉลาดทางอารมณ์	-1.612E-5	.001	-.002	-.016	.987

a. Dependent Variable: ABS_Behavior

7. ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงจนเกินไปของตัวแปรต้น (No multicollinearity)

ในการทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น ผู้วิจัยทดสอบโดยการหาค่า Variance inflation factor (VIF) และค่า Tolerance หากค่า VIF มีค่ามากกว่า 10 และ/หรือค่า Tolerance น้อยกว่า .20 แสดงว่า ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กันสูง หรือเกิด multicollinearity จากการทดสอบ ตัวแปรต้น พบว่า ตัวแปรการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะติดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ มีค่า Tolerance เท่ากับ .979, .813, .695, และ .716 ตามลำดับ และมีค่า VIF เท่ากับ 1.022, 1.231, 1.440, และ 1.397 ตามลำดับ (ดังแสดงในตาราง ต-5) ซึ่งค่า Tolerance ที่ได้จากการทดสอบมีค่ามากกว่า .20 และค่า VIF มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่า ไม่เกิด multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณข้อที่ 7

ตาราง ต-5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น

Coefficients^a

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	การอบรม	.979	1.022
	ความรู้	.813	1.231
	ทัศนคติ	.695	1.440
	ความฉลาดทางอารมณ์	.716	1.397

a. Dependent Variable:
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอย เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณทุกข้อ ตัวแปรทุกตัวผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ดังนั้น ข้อมูลและตัวแปรดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

ภาคผนวก ๓ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ๓-1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำแนกเป็นรายข้อ (N = 113)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	Min-Max	M	S.D.
1. ฉันหมั่นสอบถามความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3-5	4.15	0.49
2. ฉันรับฟังปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างตั้งใจ	3-5	4.23	0.58
3. ฉันพูดปลอบใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ	2-5	4.14	0.62
4. ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายในยามที่ผู้ป่วยต้องการ	1-5	3.96	0.67
5. ฉันให้เวลาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้คิดไตร่ตรองก่อนการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ	3-5	4.22	0.55
6. ฉันให้เวลาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	1-5	4.16	0.63
7. ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอ	2-5	4.23	0.57
8. ฉันช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยไม่รอให้ผู้ป่วยร้องขอ	2-5	4.07	0.58
9. ฉันสามารถประเมินปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	2-5	3.89	0.60
10. ฉันสามารถคาดการณ์อาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	2-5	3.88	0.61
11. ฉันสามารถตรวจพบปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปได้	2-5	4.00	0.55
12. ฉันสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	2-5	3.79	0.57
13. ฉันสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	3-5	3.94	0.54
14. ฉันสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	3-5	3.88	0.57
15. ฉันมั่นใจว่าฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างคล่องแคล่ว จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นในความสามารถของฉัน	2-5	3.91	0.51
16. ฉันมั่นใจว่าฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นในความสามารถของฉัน	2-5	3.95	0.55
17. ฉันมั่นใจว่าฉันเป็นที่ปรึกษาที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวฉัน	3-5	3.87	0.54
18. ฉันมั่นใจว่าฉันตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นในความสามารถของฉัน	3-5	3.92	0.57

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	Min-Max	M	S.D.
19. ฉันมั่นใจว่าฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรฐานการพยาบาล จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวฉัน	3-5	4.05	0.44
20. ฉันรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*	1-5	3.15	1.06
21. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนอย่างเท่าเทียม	3-5	4.42	0.56
22. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายตัดสินใจเรื่องใดแล้วภายใต้การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ฉันเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย	3-5	4.39	0.56
23. ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยระยะสุดท้าย แม้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะไม่รู้สีกตัว	3-5	4.45	0.58
24. ฉันระมัดระวังคำพูดและการกระทำของตนเองทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3-5	4.35	0.56
25. เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ฉันให้ข้อมูลตามความเป็นจริง	3-5	4.32	0.52
26. ฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา	1-5	4.38	0.66
27. ฉันเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย*	1-5	3.56	1.46
28. ฉันพยายามช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสมปรารถนามากที่สุดโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค	2-5	3.91	0.66
29. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสุดความสามารถเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแล	3-5	4.19	0.53
30. ฉันทำทุกวิถีทางเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2-5	4.19	0.56
31. เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉันพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างรวดเร็ว	3-5	4.05	0.44
32. ฉันศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง	2-5	3.71	0.66
33. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างนุ่มนวลเพื่อสื่อถึงความห่วงใย	3-5	4.26	0.50
34. ขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉันแสดงสีหน้าท่าทางที่สื่อถึงความเอื้ออาทร	3-5	4.18	0.54
35. ขณะสนทนากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉันสบสายตากับผู้ป่วยด้วยแววตาที่เป็นมิตร	3-5	4.28	0.51

พฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	Min-Max	M	S.D.
36. เมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามความต้องการของฉัน ฉันพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจ*	1-5	3.81	1.11
37. ฉันแต่งกายสุภาพเรียบร้อยขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1-5	4.21	.66
38. ฉันพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยภาษาที่สุภาพและอ่อนโยน	3-5	4.27	.57

* เป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบแล้ว

ตาราง ถ-2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายข้อ (N = 113)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Min-Max	M	S.D.
1. ความวิตกกังวลจะทำให้ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความปวดเพิ่มมากขึ้น	0-100	88.50	0.32
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อในร่างกายอาจมีอาการสับสน หลงผิด หรืออาการนอนหลับผิดปกติได้	0-100	91.15	0.29
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีญาติมาเยี่ยมขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักมีความรู้สึกกลัว	0-100	89.38	0.31
4. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แสดงอาการหน้ามืด ใจชั้วมวด และกระสับกระส่าย ต้องการการจัดการความไม่สุขสบาย	0-100	98.23	0.13
5. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำความผิดต่อบุคคลอื่น ส่วนใหญ่ต้องการขอโทษกรรมหรือขอให้อภัย	0-100	73.45	0.44
6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*	0-100	33.63	0.47
7. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	0-100	76.11	0.43
8. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง	0-100	98.23	0.13
9. การดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ทั้งหมด*	0-100	59.29	0.49
10. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนนความปวดเท่ากับ 5 จำเป็นต้องได้รับมอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการ*	0-100	39.82	0.49
11. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ต้องเฝ้าติดตามเรื่องการหายใจ	0-100	92.04	0.27
12. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยาโคเดอีนอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้	0-100	85.84	0.35

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Min-Max	M	S.D.
13. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนและยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการเสมอ*	0-100	15.04	0.36
14. การดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจับหลักในช่วงกลางวันจะช่วยลดอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยลงได้*	0-100	14.16	0.35
15. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เบื่ออาหารและผอมแห้ง จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อให้ได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ*	0-100	56.64	0.50
16. การให้ยาระบาย senokot ช่วยลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ได้	0-100	80.53	0.40
17. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายรู้สึกโกรธบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยให้หายได้ ต้องยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย	0-100	91.15	0.29
18. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในภาวะซึมเศร้าต้องกระตุ้นหรือเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย*	0-100	7.96	0.27
19. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและจากไปอย่างสงบ*	0-100	62.83	0.49
20. ควรให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ จนวาระสุดท้ายของชีวิต	0-100	95.58	0.21
21. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยผิดหวังหรือเจ็บปวด*	0-100	36.28	0.48
22. การอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสงบในจิตใจ	0-100	97.35	0.16
23. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีสิ่งค้างคาใจ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่คนเดียวเพื่อคิดทบทวนสิ่งเหล่านั้น*	0-100	47.79	0.50
24. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รู้สึกหวั่นไหวในบางเรื่อง ต้องดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนมาก ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานในจิตใจ*	0-100	46.90	0.50
25. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้กล่าวคำอำลากับบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย จะช่วยลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยลงได้	0-100	98.23	0.13

* เป็นข้อคำถามที่ต้องตอบ “ผิด” ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม “ผิด” แล้ว

ตาราง ถ-3 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อความตาย และผู้ป่วยใกล้ตาย จำแนกเป็นรายข้อ (N = 113)

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	Min-Max	M	S.D.
1. ฉันยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นกับฉันในอนาคต	1-5	4.07	0.89
2. ฉันรู้สึกว่าการตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว*	1-5	2.98	1.16
3. ความตายเป็นเรื่องที่น่าสลด หดหู่*	1-5	2.60	1.16
4. เมื่อฉันรับรู้เกี่ยวกับการตายของบุคคลอื่น ฉันรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก*	1-5	2.78	1.08
5. ฉันคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	2-5	4.76	0.57
6. ฉันคิดว่าความตายเป็นเหตุการณ์หนึ่งในธรรมชาติของชีวิต	1-5	4.66	0.69
7. เมื่อฉันรับรู้เกี่ยวกับการตายของบุคคลอื่น ทำให้ฉันเห็นถึงคุณค่าของชีวิต	2-5	4.32	0.74
8. เมื่อฉันรับรู้เกี่ยวกับการตายของบุคคลอื่น ทำให้ฉันใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท	1-5	4.28	0.76
9. ฉันคิดว่าการตายของบุคคลสำคัญในครอบครัวจะนำมาซึ่งความโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก*	1-5	1.50	0.83
10. ฉันคิดว่าความตายเป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตอีกรูปแบบหนึ่งไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต*	1-5	2.53	1.20
11. ฉันเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีโอกาสที่จะตายได้ทุกที่ทุกเวลา	3-5	4.60	0.65
12. ฉันเชื่อว่าความตายเป็นกฎของธรรมชาติ เป็นสิ่งที่ทุกชีวิตต้องเผชิญ	2-5	4.61	0.66
13. ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยที่ตายอย่างทุกข์ทรมานเป็นผลมาจากเวรกรรมที่เคยกระทำความ*	1-5	2.99	1.18
14. ฉันเชื่อว่าการตายของแต่ละคนเป็นเพียงเรื่องสมมติ*	1-5	4.09	1.11
15. ฉันเชื่อว่าการตายของแต่ละคนเป็นเพียงการเปลี่ยนมิติทางกายภาพ*	1-5	3.35	1.27
16. เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายกำลังประสบกับความทุกข์ทรมาน ฉันรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย	2-5	4.38	0.69
17. ฉันรู้สึกกลัวทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วยใกล้ตายตามลำพัง*	1-5	3.62	1.23
18. เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ฉันรู้สึกวิตกกังวล*	1-5	3.65	1.19
19. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักกลัวความตายที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง*	1-5	2.50	0.97
20. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักมีอาการแปรปรวน*	1-5	2.59	1.07

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	Min-Max	M	S.D.
21. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักเรียกร้องความสนใจ*	1-5	3.44	1.27
22. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นบุคคลที่มีคุณค่าลดลง*	1-5	4.05	1.27
23. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด	1-5	4.07	0.89
24. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักพบกับความทุกข์ทรมานผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด	1-5	4.17	0.84
25. ฉันคิดว่าถ้าผู้ป่วยทราบว่าตนเองใกล้ตาย ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว*	1-5	2.23	0.94
26. ฉันคิดว่าผู้ป่วยใกล้ตายที่มีการเตรียมตัวตายมาก่อนจะตายอย่างสงบ	1-5	3.72	1.06
27. ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ ผู้ป่วยจะจากไปอย่างสงบ	2-5	4.31	0.74
28. ฉันเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นการทำบุญรูปแบบหนึ่ง	1-5	3.90	1.04
29. ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นเพียงผู้ป่วยคนหนึ่งไม่ใช่คนที่กำลังจะเสียชีวิต*	1-5	2.62	1.17
30. ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายสามารถยอมรับความจริง และเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตได้	1-5	3.44	0.98

* เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงลบแล้ว

ตาราง ๓-4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความฉลาดทางอารมณ์ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 113)

ความฉลาดทางอารมณ์	Min-Max	M	S.D.
1. เวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ฉันรับรู้ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน	1-4	3.27	0.69
2. ฉันบอกไม่ได้ว่าอะไรทำให้ฉันรู้สึกโกรธ*	1-4	3.43	0.74
3. เมื่อถูกขัดใจ ฉันมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ไม่ได้*	1-4	3.13	0.81
4. ฉันสามารถคอยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ	1-4	3.18	0.72
5. ฉันมักมีปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรงต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย*	1-4	3.35	0.75
6. เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ฉันจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้	1-4	2.46	0.71
7. ฉันสังเกตได้ เมื่อคนใกล้ชิดมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง	2-4	3.23	0.58
8. ฉันไม่สนใจกับความทุกข์ของผู้อื่นที่ฉันไม่รู้จักร*	1-4	3.19	0.72

ความฉลาดทางอารมณ์	Min-Max	M	S.D.
9. ฉันไม่ยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ฉันคิด*	1-4	3.59	0.64
10. ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่ไม่พอใจการกระทำของฉัน	1-4	3.12	0.79
11. ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นชอบเรียกร้องความสนใจมากเกินไป*	1-4	3.37	0.67
12. แม้จะมีภาระที่ต้องทำฉันก็ยินดีรับฟังความทุกข์ของผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ	2-4	3.06	0.69
13. เป็นเรื่องธรรมดาที่จะเอาเปรียบผู้อื่นเมื่อมีโอกาส*	1-4	3.53	0.82
14. ฉันเห็นคุณค่าในน้ำใจที่ผู้อื่นมีต่อฉัน	2-4	3.60	0.59
15. เมื่อทำผิด ฉันสามารถกล่าวคำ “ขอโทษ” ผู้อื่นได้	2-4	3.67	0.56
16. ฉันยอมรับข้อผิดพลาดของผู้อื่นได้ยาก*	1-4	3.50	0.67
17. ถึงแม้จะต้องเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ฉันก็ยินดีที่จะทำเพื่อส่วนรวม	1-4	3.00	0.73
18. ฉันรู้สึกลำบากใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผู้อื่น*	1-4	3.28	0.71
19. ฉันไม่รู้ว่าฉันเก่งเรื่องอะไร*	1-4	2.80	0.93
20. แม้จะเป็นงานยาก ฉันก็มั่นใจว่าสามารถทำได้	1-4	2.80	0.76
21. เมื่อทำสิ่งใดไม่สำเร็จ ฉันรู้สึกหมดกำลังใจ*	1-4	2.79	0.67
22. ฉันรู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ	1-4	3.41	0.66
23. เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคและความผิดหวัง ฉันก็จะไม่ยอมแพ้	2-4	3.06	0.71
24. เมื่อเริ่มทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ฉันมักทำต่อไปไม่สำเร็จ*	1-4	3.36	0.73
25. ฉันพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยไม่คิดเอาเองตามใจชอบ	1-4	2.85	0.73
26. บ่อยครั้งที่ฉันไม่รู้ว่าอะไรทำให้ฉันไม่มีความสุข*	1-4	3.01	0.82
27. ฉันรู้สึกว่าการตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน*	1-4	3.01	0.75
28. เมื่อต้องทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ฉันตัดสินใจได้ว่าจะทำอะไรก่อนหลัง	1-4	2.98	0.84
29. ฉันลำบากใจเมื่อต้องอยู่กับคนแปลกหน้าหรือคนที่ไม่คุ้นเคย*	1-4	2.51	0.96
30. ฉันทนไม่ได้เมื่อต้องอยู่ในสังคมที่มีกฎระเบียบขัดกับความเคยชินของฉัน*	1-4	3.09	0.77
31. ฉันทำความรู้จักผู้อื่นได้ง่าย	1-4	2.64	0.96
32. ฉันมีเพื่อนสนิทหลายคนที่คบกันมานาน	1-4	2.90	0.92
33. ฉันไม่กล้าบอกความต้องการของฉันให้ผู้อื่นรู้*	1-4	3.05	0.72
34. ฉันทำในสิ่งที่ต้องการโดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน	1-4	3.27	0.70
35. เป็นการยากสำหรับฉันที่จะได้แย้งกับผู้อื่น แม้จะมีเหตุผลเพียงพอ*	1-4	2.86	0.87

ความฉลาดทางอารมณ์	Min-Max	M	S.D.
36. เมื่อไม่เห็นด้วยกับผู้อื่น ฉันสามารถอธิบายเหตุผลที่เขายอมรับได้	1-4	2.65	0.73
37. ฉันรู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น*	1-4	3.45	0.68
38. ฉันทำหน้าที่ได้ดี ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใด	1-4	2.87	0.73
39. ฉันสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ดีที่สุด	2-4	3.13	0.63
40. ฉันไม่มั่นใจในการทำงานที่ยากลำบาก*	1-4	2.90	0.76
41. แม้สถานการณ์จะเลวร้าย ฉันก็มีความหวังว่าจะดีขึ้น	2-4	3.15	0.64
42. ทุกปัญหามักมีทางออกเสมอ	2-4	3.36	0.68
43. เมื่อมีเรื่องที่ทำให้เครียด ฉันมักปรับเปลี่ยนให้เป็นเรื่องผ่อนคลายหรือสนุกสนานได้	1-4	2.88	0.78
44. ฉันสนุกสนานทุกครั้งกับกิจกรรมในวันสุดสัปดาห์และวันหยุดพักผ่อน	2-4	3.47	0.67
45. ฉันรู้สึกไม่พอใจที่ผู้อื่นได้รับสิ่งดี ๆ มากกว่าฉัน*	2-4	3.65	0.55
46. ฉันพอใจกับสิ่งที่ฉันเป็นอยู่	1-4	3.16	0.74
47. ฉันไม่รู้ว่าทำอะไรทำ เมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย*	1-4	3.06	0.86
48. เมื่อว่างเว้นจากภาระหน้าที่ ฉันจะทำในสิ่งที่ฉันชอบ	1-4	3.42	0.73
49. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ฉันมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ได้	1-4	3.22	0.76
50. ฉันสามารถผ่อนคลายตนเองได้ แม้จะเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่	1-4	3.21	0.74
51. ฉันไม่สามารถทำให้เป็นสุขได้จนกว่าจะได้ทุกสิ่งที่ต้องการ*	1-4	3.01	0.88
52. ฉันมักทุกข์ร้อนกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ*	1-4	2.99	0.87

* เป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบแล้ว

ตาราง ๓-5 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำแนกเป็นโดยรวมและเป็นรายด้าน (N = 113)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมโดยรวม		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	9	7.96
ระดับสูง	104	92.04
(Min-Max = 3.16-4.79, M = 4.06, S.D. = 0.32)		

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมรายด้าน ด้านความเห็นอกเห็นใจ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง (Min-Max = 2.63-5.00, M = 4.15, S.D. = 0.40)	0 11 102	0 9.73 90.27
ด้านความสามารถ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง (Min-Max = 2.50-5.00, M = 3.90, S.D. = 0.39)	0 24 89	0 21.24 78.76
ด้านความมั่นใจ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง (Min-Max = 2.67-5.00, M = 3.81, S.D. = 0.43)	0 25 88	0 22.12 77.88
ด้านความมีคุณธรรมจริยธรรม ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง (Min-Max = 3.00-5.00, M = 4.27, S.D. = 0.45)	0 5 108	0 4.42 95.58
ด้านความมุ่งมั่น ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง (Min-Max = 2.40-5.00, M = 4.01, S.D. = 0.43)	0 17 96	0 15.04 84.96
ด้านความประพฤติอย่างเหมาะสม ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง (Min-Max = 3.00-5.00, M = 4.17, S.D. = 0.47)	0 5 108	0 4.42 95.58



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพระนคร

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นันทวัฒน์ ภิญโญ
วัน เดือน ปี เกิด 30 กรกฎาคม 2539
ที่อยู่ปัจจุบัน 14 หมู่ 2 ตำบลวังบัว อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร 62120
ประสบการณ์การทำงาน ตุลาคม พ.ศ. 2562 - มิถุนายน พ.ศ. 2564
 พยาบาลวิชาชีพ หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ศูนย์การแพทย์
 ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2562 พย.บ. (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

