

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขปฏิบัติ สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการการศึกษา
ธันวาคม 2557

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษา

ธันวาคม 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขปฏิบัติ สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการการศึกษา
ธันวาคม 2557

กุลพิชญ์ เวชร์ดีพิมล. (2557). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับ
นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. ปรินซ์ตัน: กศ.ด. (การบริหารและการ
จัดการการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะกรรมการควบคุม: ดร.จารุวรรณ สกุลกู, ดร.อรรณพ โพธิ์สุข, ดร.จิตพล ยงศร.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การจัดการเรียน
การสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาล 2) พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล 3) ศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยศึกษาการ
จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องและสำรวจความคิดเห็นจาก 4 กลุ่ม ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจากหลายสถาบันการศึกษา
พยาบาล จำนวน 14 คน นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน พยาบาล
ศิษย์เก่าวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 10 คน และผู้บริหาร
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 5 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ
ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา 2) การร่างหลักสูตรฝึกอบรม โดยนำผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาร่างหลักสูตร
ฝึกอบรม 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม โดยประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครง
ร่างหลักสูตรฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน 4) การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้เพื่อ
หาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมกับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 3 ปี
การศึกษา 2556 จำนวน 30 คน

ผลการวิจัย พบว่า

1. หลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความสามารถให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นความสุขสบาย การสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัวของผู้ป่วยและทีม
สุขภาพ การจัดการกับความรู้สึก ค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และวิเคราะห์
ประเด็นกฎหมายและจริยธรรม โดยเนื้อหาของหลักสูตรแบ่งเป็น 4 หน่วยการเรียนรู้

2. ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า นักศึกษาพยาบาล
มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่
ระดับ.05 ซึ่งค่าคะแนนความรู้ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนด เจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
การฝึกอบรมและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีและสูง
กว่าเกณฑ์ที่กำหนด

A DEVELOPMENT OF THE END-OF-LIFE CARE TRAINING PROGRAM FOR NURSING
STUDENTS OF SAINT LOUIS COLLEGE



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Education Program in Degree in Educational Administration and Management
at Srinakharinwirot University
December 2014

Kulpicha Vejcharatpimol. (2014). *A Development of The End-of-Life Care Training Program for Nursing Students of Saint Louis College*. Dissertation, Ed.D. (Educational Administration and Management). Bangkok: Graduated School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Dr. Jaruwan Skulkhu, Dr. Annop Potisuk, Dr. Chatupol Yongsorn.

This research aimed to 1) study primary information pertaining to teaching and learning of nursing programs in some nursing institutions, 2) develop a hospice care training program for nursing students, and 3) validate the effectiveness of the hospice care training program for nursing students. The study was divided into 4 steps. The first step was a study of primary information pertaining to teaching and learning program. This step included a content analysis curriculum documents and related literature, and a survey of opinions on teaching and learning of nursing program of 4 different groups: 14 nursing instructors of nursing various nursing institutes, 30 senior nursing students at Saint Louis College, 10 alumni of Saint Louis College who have been working with final stage patients in Saint Louis Hospital, and 5 administrators from Saint Louis College and Saint Louis Hospital. The survey was analyzed using mean and standard deviation, and the quantitative data was analyzed using content analysis. The second step included a design of a draft of training program based on the information gathered from the first step. The third step was to evaluate the training program by 5 experts panel. The fourth step was to tryout the training program, to validate the effectiveness of the training program. A sample of 30 nursing students at Saint Louis College in the third semester of the academic year 2013 was used in this step.

The findings were as follows:

1. The curriculum was developed to enhance nursing students ability of hospice care which focus on comforting skills, communication skills, family and health team coordination skills, coping with patients feeling, value and beliefs skills, and analysis of law and ethics issue skills. The curriculum contained on 4 lessons.

2. On the validate of the effectiveness of the hospice care training program, the students knowledge after the experimental was higher than the pretest score at .05 level, however, when compare the knowledge score with a criterion there was no significantly different. The students attitude toward hospice care training program was at a high level and was higher than a criterion. The students hospice care skill was at a high level and was higher than a criterion.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์
หลุยส์
ของ
กุลพิชญ์ เวชราชต์พิมล

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)
วันที่.....เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(อาจารย์ ดร. จารุวรรณ สกุลคู) (ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.ดร.จิตร สิทธิอมร)

.....ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(อาจารย์ ดร. อรรถพล โพธิสุข) (อาจารย์ ดร. จารุวรรณ สกุลคู)

.....ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(อาจารย์ ดร. จตุพล ยงศร) (อาจารย์ ดร. อรรถพล โพธิสุข)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. จตุพล ยงศร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ราชันย์ บุญธิมา)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเป็นผลงานได้ด้วยการอนุเคราะห์ ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบและสนับสนุนการทำปริญญานิพนธ์จนสำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดี จากประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ได้แก่ ดร. จารุวรรณ สกุลคู คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ได้แก่ ดร.อรรณพ โพธิสุข และ ดร.จตุพล ยงศรี ได้รับความอนุเคราะห์จากประธานกรรมการสอบปากเปล่า ได้แก่ ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นพ.ดร.จิตร ลิทธิอมร และคณะกรรมการสอบปากเปล่าที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ได้แก่ ดร. ราชันย์ บุญธิมา รวมทั้งคณะกรรมการบริหารหลักสูตร สาขาวิชาการบริหาร และการจัดการการศึกษาทุกท่าน ซึ่งมีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การวิจัยที่ดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สิวลี ศิริไธและคณะผู้เชี่ยวชาญ ผู้ตรวจสอบหลักสูตร และตรวจสอบเครื่องมือทุกชุด ขอขอบพระคุณคณาจารย์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ผู้บริหารและพยาบาลขององค์การเซนต์หลุยส์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ รวมทั้งคณาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสพการณ์ ความคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนการสนับสนุนทั้งบุคลากร เทคโนโลยีและสถานที่เพื่อทำการวิจัย ซึ่งช่วยให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณในน้ำใจของพี่ๆ เพื่อนๆ ปริญญาเอกสาขาวิชาการบริหารและการจัดการ การศึกษารุ่นที่ 1 ทุกท่านโดยเฉพาะ น.ต.หญิง ดร. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และ ดร. กริช ภัทรภาคิน ที่มีมิตรจิตเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ในหลายๆด้าน ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างราบรื่น

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบุคคลซึ่งเป็นที่รักยิ่งของชีวิต ได้แก่ อธิการ ดร. เซอร์อาเดลา พิศุทธิ์สินธพ อธิการ ดร. เซอร์สมศรี สุขเมธ เซอร์มารี คาร์แมล อาจารย์รัชณีย์ ป้อมทอง คุณมัลลยมหามณีรัตน์ และผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จโดยเฉพาะคุณแม่และอวย รุ่งวารินทร์ ดร.สุรพงษ์ รุ่งวารินทร์ นายเถกิงศักดิ์ เวชรัชต์พิมล ดญ.กัญญณิชา เวชรัชต์พิมล ญาติพี่น้องและเพื่อนๆอันเป็นที่รัก ที่ให้ความช่วยเหลือส่งเสริมเป็นกำลังใจ ประคับประคองให้สามารถศึกษาและวิจัยจนสำเร็จการศึกษา

กุลพิชฌาย์ เวชรัชต์พิมล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	8
ความสำคัญของการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	9
ตัวแปรที่ศึกษา	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
กรอบแนวคิดการวิจัย	11
สมมติฐานการวิจัย	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร	15
แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรม	29
แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเรียนรู้	50
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	70
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	82
แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล	106
การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์	114
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	120
3 วิธีดำเนินการวิจัย	129
ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร	129
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน	135
ขั้นตอนที่ 2 การร่างหลักสูตรฝึกอบรม	139
ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม	140
ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้	142
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	149

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	150
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	150
ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน.....	150
ขั้นตอนที่ 2 ผลการร่างหลักสูตรฝึกอบรม.....	158
ขั้นตอนที่ 3 ผลการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม.....	164
ขั้นตอนที่ 4 ผลการนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้.....	165
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	173
ความมุ่งหมายการวิจัย.....	173
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	173
สรุปผลการวิจัย.....	175
อภิปรายผล.....	178
ข้อเสนอแนะ.....	197
บรรณานุกรม.....	199
ภาคผนวก.....	221
ภาคผนวก ก.....	222
ภาคผนวก ข.....	247
ภาคผนวก ค.....	252
ภาคผนวก ง.....	256
ภาคผนวก จ.....	374
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	377

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของนักวิชาการ.....	23
2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม.....	26
3 เปรียบเทียบกระบวนการฝึกอบรมตามแนวคิดของนักวิชาการ.....	40
4 ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	64
5 ลักษณะเฉพาะของการสอนเจตคติที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	66
6 หลักการออกแบบกลุ่มในการเรียนรู้เพื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ.....	68
7 เปรียบเทียบองค์ประกอบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้อง	92
8 กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.....	132
9 รูปแบบการทดลองกลุ่มเดียวสอบก่อนสอบหลัง.....	142
10 ตารางการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.....	147
11 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของความคิดเห็นของ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นรายข้อ.....	152
12 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของพยาบาลศิษย์เก่า รายด้านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายข้อ.....	155
13 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของโครงร่าง หลักสูตรฝึกอบรม.....	164
14 ค่าดัชนีความสอดคล้องของโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรม.....	165
15 ค่าคะแนนเฉลี่ยวัดความรู้ก่อนและหลังทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม.....	166
16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลอง กับเกณฑ์ที่กำหนด.....	166
17 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย.....	167
18 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับเกณฑ์ ที่กำหนด.....	169
19 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่ม การฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	170
20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะ การร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล กับเกณฑ์ที่กำหนด.....	170

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
2 รูปแบบพัฒนาหลักสูตรไทเลอร์.....	19
3 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของเซเลอร์และคนอื่นๆ.....	21
4 แสดงการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจรของวิชัย วงษ์ใหญ่.....	22
5 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบพื้นฐานของหลักสูตร.....	24
6 ส่วนประกอบการฝึกอบรม.....	35
7 ระบบการฝึกอบรม.....	36
8 ระบบการฝึกอบรม The Critical Events Model.....	37
9 กระบวนการฝึกอบรม.....	38
10 ขั้นตอนการฝึกอบรม.....	41
11 รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของไฟเฟอร์และโจนส์.....	58
12 กระบวนการเรียนรู้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์.....	59
13 รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ The Development training advisors group	61
14 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning).....	63
15 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process).....	68
16 ขั้นตอนและวิธีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.....	131
17 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	159

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถเกิดได้ทุกช่วงของชีวิตนับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์จนถึงวัยชรา (พระเทพกวี. 2541: 105) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย หหมดหวังจากการหายของโรค ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีใดๆ (วันดี โภคะกุล. 2543: 2; เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. 2548: 25) ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่สุดของชีวิต ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตระหนักดีว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน การเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินอยู่จะนำมาซึ่งความตาย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (Living-dying interval) ความตายจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความวิตกกังวล กลัวการเจ็บปวดที่ไม่ทุเลา กลัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ กลัวการสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย และกลัวการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว (Hood; & Dincher. 1992: 222) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหลังความตายเป็นอย่างไร (Backer, Honnon; & Russell. 1994: 27) ความวิตกกังวลเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและหมดความหวังได้ ดังนั้น เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง ผู้ป่วยจึงต้องการชีวิตที่เหลืออยู่ปราศจากความทุกข์ทรมานหรือถ้าจำเป็นต้องทรมาน ขอให้เป็นระยะเวลาที่สั้นที่สุด ดังนั้น ผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่จึงต้องการมาใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงเป็นภาระของแพทย์ พยาบาล เพราะผู้ป่วยต้องการให้มีการดูแลต่อเนื่อง ช่วยปลดปล่อยความทุกข์ทรมานซึ่งเกิดจากโรคและความเจ็บป่วยให้หมดสิ้นไป (ชมพูนุท พงษ์ศิริ. 2538: 210) และยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และจากไปอย่างสงบ (ทัศนีย์ ทองประทีป. 2543: 55-56; ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2545: 15-20; Kinzbrunner. 2002: b)

ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้า มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยได้ยืนนานมากขึ้น จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรค สามารถรักษาให้หายได้ และผู้ป่วยไม่ควรตาย แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพก็ต้องการที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ประกอบกับทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาเปลี่ยนไป เน้นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว และด้วยความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล (จอณะจง เฟิงจาด. 2547: 82-90) ผู้ป่วยจึงต้องอยู่ท่ามกลางเครื่องมือแพทย์ แทนที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัวและคนอันเป็นที่รัก ในอดีตผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตายที่บ้านจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่คุ้นเคย ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวมีโอกาสเห็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวกับความตาย

จากสถานการณ์จริง แต่เมื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายย้ายมาอยู่ในโรงพยาบาล ที่ผู้ดูแลเป็น นักวิชาชีพไม่ใช่ผู้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาก่อน แม้ว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ที่เสียชีวิตที่บ้าน แต่ผู้ป่วยจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและสภาพปกติของตน (Dehumanized) และได้รับการปฏิบัติและการดูแลตามระบบของโรงพยาบาลที่ตนไม่เคยชิน (Institutionalized) ทั้งๆที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมนุษย์ที่มีชีวิต ต้องการได้รับการตอบสนองความจำเป็นด้านร่างกาย ต้องการเป็นคนสำคัญและเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคมและต้องการการตอบสนองด้านความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต (Fulton; & Metress. 1995: 314-316; citing Corr. 1993: 243) ในต่างประเทศผู้ป่วยชาวอเมริกันส่วนมากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน แต่เมื่อมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคองขยายเพิ่มมากขึ้นในปี ค.ศ. 2004 พบว่า ชาวอเมริกันมากกว่า 50% ที่เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงในระยะสุดท้ายที่จะเสียชีวิต ขณะรับการรักษาอยู่ในห้องไอซียู (Morrison. 2005: 1127-1134) นอกจากนี้พบว่า ชาวอเมริกันประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรเสียชีวิตในโรงพยาบาลและต้องการได้รับการดูแลในห้องไอซียู เนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับห้องไอซียูว่าสามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด อาการกระสับกระส่ายและอาการหายใจลำบากได้

การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตายของผู้ป่วย จึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ และมีคุณค่ามาก การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ เป็นภาระหน้าที่สำคัญอย่างมากของพยาบาล มิลล์ เดวิส และแมคเคย์ (Mills; Davies; & Macrae. 1994: 583-586) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจากพยาบาลยังไม่เพียงพอ เมื่อความตายใกล้มาถึงผู้ป่วยจะถูกแยกอย่างชัดเจน และยิ่งการรักษาของแพทย์น้อยลง ผู้ป่วยก็จะถูกทอดทิ้งมากขึ้น พยาบาลจะหลีกเลี่ยงโดยการไปทำงานอื่นแทน อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลรู้สึกลำบากใจที่จะต้องสัมผัสกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีความกังวลว่าไม่รู้จะทำอะไร จะพูดอย่างไรกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นเพราะว่าพยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเป็นเพียงงานที่ต้องทำ (Strauss. 1995: 215) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักไม่ได้รับการดูแลเหมือนคนที่มีชีวิต ถูกปฏิบัติราวกับว่าได้ตายไปแล้วตั้งแต่ก่อนร่างกายจะหยุดทำงาน (Kastenbaum. 1986: 90-91) การวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาล เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Quint. 1967; citing Copp. 1994: 13) พบว่า พยาบาลนั้นมีความรู้สึกวิตกกังวล ยุ่งยากใจ ซึ่งสัมพันธ์กับความกลัวต่อความตายของผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่เน้นการดูแลด้านร่างกาย โดยคำนึงถึงสภาพจิตใจผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย ทำให้พยาบาลละเลย หลีกเลี่ยงการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพของการพยาบาลอีกด้วย

ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา บาลทิพย์และคนอื่นๆ (2543: 39-55) ที่ศึกษาความต้องการผู้ป่วยโรคเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย พบว่า บางครั้งพยาบาลไม่กล้าที่จะเดินเข้าไปใกล้ผู้ป่วย ไม่กล้าที่จะพูดกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย เนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตาย จะมีอาการทรุดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลเกิดความยุ่งยากในการให้การพยาบาล และสอดคล้องกับการวิจัยของ รสพร ประทุมวัน (2534: 84) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จะรับรู้สภาวะและอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา มักเกิดอาการท้อแท้ใจ เพราะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดความเหนื่อยหน่าย เครียดและวิตกกังวล การปฏิบัติงานจึงเป็นไปในลักษณะมุ่งเน้นทำงานกิจวัตรประจำวันให้เสร็จลุล่วงไปและเฉยเมยต่อความรู้สึกของผู้ป่วย อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้แพทย์และพยาบาลให้ความสนใจกับเครื่องมือที่ทันสมัยต่างๆ มากขึ้น จนทำให้สัมพันธภาพกับผู้ป่วยลดลง ไม่เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ปัญหาที่มักพบในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ คือ การรักษาที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป และนุจรินทร์ ลภณฑกุล (2543: 57) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมเน้นการดูแล เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างปกติ ติดตามเฝ้าสังเกตอาการมากกว่าปกติดูแลให้ได้รับการรักษา ตามแผนการรักษาที่เปลี่ยนจากการรักษาให้หายเป็นการบรรเทาความเจ็บปวด ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ญาติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะมีอิทธิพลจากบริบททางสังคมและ/หรือปัจจัยส่วนบุคคล

เมื่อโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่อาจรักษาให้หายได้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี งดเว้นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ทำให้ยืดเวลาการตาย ซึ่งมีแต่จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย (supportive care) ตอบสนองความต้องการพื้นฐานและขจัดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน (pain and symptom control) (สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ. 2550: 34; WHO. 2005) มีหลักสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) เคารพเป้าหมาย เจตจำนงของผู้ป่วย 2) ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) คำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (จอณพะจง เฟิงจาด. 2547: 82-90; Skilbeck; et al. 2002: 285-296) 3) ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 4) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขและผู้ที่ให้บริการที่เหมาะสม และ 5) หาวิธีทางที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด (สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ. 2550: 35) นอกจากนี้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประกันคุณภาพการรักษายาบาล การรับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความเท่าเทียมกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2549: 86-88)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดโดยตรง (Backer; et al. 1994: 50) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของพยาบาลผ่านทางพฤติกรรมในการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน อยู่ด้วยความสุขสบายและได้ตายอย่างสงบ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

และหวาดกลัวได้ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคม คือ พยาบาลจะต้องมีความความรู้ ความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถทางวิชาการ ความสามารถทางการบริหาร ความสามารถทางทักษะเกี่ยวกับมนุษย์ และยังต้องมีคุณสมบัติด้านคุณธรรมจริยธรรมอีกด้วย คุณสมบัติเหล่านี้จะทำให้ความเป็นวิชาชีพพยาบาลนั้นมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เป็นคุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวังและพึงพอใจ (กาญจนา สันติพัฒนาชัย; และคนอื่นๆ. 2549: ออนไลน์) ดังนั้นการผลิตบัณฑิตพยาบาลไม่ได้มุ่งหวังเพียงให้จบเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น หากยังมุ่งหวังความเป็นมนุษย์ ความมีน้ำใจ มีจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการมีองค์ความรู้ทางเทคนิค และมีสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกสถานการณ์ด้วยสำนึกในความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและสังคม จึงจะสามารถตอบสนองบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ (สภาการพยาบาล. 2553: ออนไลน์)

สมาคมการศึกษาพยาบาลแห่งประเทศไทย (American Association of Critical Care Nursing: [AACN]. 2002) ได้กล่าวถึงความจำเป็นที่สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องทำหน้าที่และรับผิดชอบในการจัดการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยที่เน้นความสุขสบาย 2) การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เกี่ยวกับความตาย 3) ยอมรับทัศนคติ อารมณ์ ความรู้สึก ค่านิยม ความคาดหวังของตนเองเกี่ยวกับความตายและยอมรับในความหลากหลายของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) วิเคราะห์ประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการประยุกต์หลักการของกฎหมายและจริยธรรม รวมทั้งค่านิยมของบุคคล มาตรฐานวิชาชีพและสิทธิของผู้ป่วย และจากการศึกษาของเดกเนอร์ และ กาว (Degner; & Gow. 1998: 160-169) เกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ ต่อมาเครเมอร์ และคนอื่นๆ (Cramer; et al. 2003: 249-255) ได้ศึกษาทัศนคติในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พยาบาลมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เห็นว่าตนเองมีความรู้ในระดับเพียงพอ ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การจัดหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศ พบว่า มีหลักสูตรเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งใช้เวลาศึกษาเพิ่มเติม 4-6 เดือน (ทัศนีย์ ทองประทีป. 2548: 31-39; Ferrell; et al. 2005: s67-s75) ส่วนการจัดหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย พบว่า การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปริญญาตรีสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอนโดยการสอดแทรกเนื้อหาไว้ในรายวิชาการพยาบาลต่างๆ (ปราโมทย์ ทองสุข. 2546: 7) ส่วนหลักสูตรเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการจัดการอบรมอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประทับประคอง หน่วยงานที่เคยจัดหลักสูตรได้แก่

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย อบรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ และหลักสูตรเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิทยาลัยพยาบาลก่อการุณย์ อบรมระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการอบรมที่มีอยู่ในประเทศไทย ยังคงไม่เพียงพอกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน่วยทะเบียนและประมวลผลการศึกษา. 2551: ไม่ปรากฏหน้า) ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากสังคมคนวัยทำงานเข้าสู่วัยสูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่าประชากรในปี 2562 มีแนวโน้มที่ประชากรเด็กจะลดลงและมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 24.9 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 24.5 ในปี 2546 และคาดการณ์ว่าในปี 2562 จะลดลงเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นลำดับจากร้อยละ 9.4 ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ปี 2546 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 14.7 ในปี 2562 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553: ออนไลน์) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวประเด็นที่ต้องตระหนักคือ ภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ เนื่องจากการเกิดโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ

สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ได้ผลักดันเพื่อให้แนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทยกำลังตื่นตัว และได้ขยายวงกว้างสู่สาธารณชน สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ(สช.) จึงกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 (National Strategic Plan on Health Promotion for Good Death 2013-2016) มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวคิดดังกล่าวให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้นในสังคมไทย ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทัศนคติและการสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมเรื่องการตายดีและการบริหารแบบประคับประคอง ผ่านช่องทางการสื่อสารอย่างเป็นระบบ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการความรู้ โดยพัฒนาระบบการศึกษา การวิจัยและพัฒนา การสร้างระบบจัดการความรู้ สร้างคลังความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนารูปแบบและระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต มุ่งพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในสถานบริการของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งระบบสุขภาพของชุมชน และการพัฒนาระบบยาที่เกี่ยวข้อง ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพและกำลังคน ด้วยการเพิ่มจำนวนบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่าย ที่ผ่านการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมีศูนย์ฝึกอบรมที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในทุกภาคของประเทศ มีหลักสูตรที่รับรองโดยองค์กรวิชาชีพ ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาและบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการบริหารแบบประคับประคอง เพื่อสร้างความเชื่อมโยง ในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ของเครือข่ายและสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย การบริหารจัดการยาและการให้คำปรึกษา และยุทธศาสตร์ที่ 6 การผลักดันนโยบาย กลไกและกฎหมายรองรับการมีสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งให้เกิดนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่รองรับการจัดบริการ รวมถึงการเสนอให้เป็นวาระระดับชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2555: ออนไลน์)

การเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล นับว่ามีส่วนสำคัญของสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการพยาบาลสู่สังคม เดกเนอร์และกาว (Degner; & Gow. 1998: 160-169) กล่าวว่าก่อนที่นักศึกษาพยาบาลจะเข้าเรียนพยาบาลก็เหมือนคนทั่วไปในสังคม คือ มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความตายและผู้ใกล้ตายน้อย แต่เมื่อเข้าเรียนพยาบาลกลับได้รับการคาดหวังให้เป็นผู้มีความไวต่อความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้การดูแลผู้ที่อยู่ในกระบวนการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ (จิตร สิทธิอมร. 2556: สัมภาษณ์) ได้กล่าวเกี่ยวกับการเตรียมบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ว่า การเตรียมบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะต้องเตรียมพร้อมตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาให้มีความรู้ ทักษะ เจตคติที่ดี เนื่องจากการสร้างคนต้องใช้เวลาเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ต่างกับความต้องการทางเทคโนโลยี ซึ่งสามารถสั่งซื้อเพื่อใช้งานได้ทันทีและผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ไม่ได้ต้องการเทคโนโลยีมาก แต่ต้องการการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลแบบประคับประคองโดยองค์รวมอย่างเอื้ออาทร ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมุ่งมั่น อดทน และตั้งใจจริงในการที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ไปสู่ปลายทางของการตายอย่างสงบได้ในที่สุด ซึ่งนับวันสังคมไทยต้องเผชิญปัญหากับโรคร้ายแรงต่างๆ อันเป็นต้นเหตุของการทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต ประกอบกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดความต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้การจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ดังนั้นภาครัฐและเอกชนจึงควรมีการจัดระบบให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ดังที่โดว์นัมโบลท์และแทมลิน วิเคราะห์แนวโน้มของการจัดหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสาขาพยาบาลศาสตร์และแพทยศาสตร์ว่า หลักสูตรดังกล่าวในอนาคตจำเป็นต้องใช้พื้นฐานความรู้ทางการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าจะจัดการเรียนการสอนอย่างไรจึงบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ และถ้ามีการปรับปรุงหลักสูตรจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยอย่างเป็นระบบ ในการตัดสินใจเลือกเนื้อหาสาระและวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสม เพื่อเตรียมบุคลากรของวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่มีความต้องการแตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Downe-Wamboldt; & Tamlyn. 1997: 177-188; Corr; et al. 1991: 239)

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นสถาบันการศึกษาเอกชนในสังกัดมิสซังโรมันคาทอลิก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ลำดับที่ 18 และเป็นสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ลำดับที่ 4 ที่เปิดสอนสาขาพยาบาล เริ่มสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาตั้งแต่ พ.ศ.2529 โดยมีปรัชญาพื้นฐาน คือ “เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าอยู่ที่นั่น” วิทยาลัยมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินตามหลักธรรมแห่งพระเยซูเจ้าในการรับใช้เพื่อนมนุษย์ โดยการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ มีความรู้และมีความชำนาญในศาสตร์เฉพาะสาขา รวมทั้งรอบรู้ในศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง สามารถประกอบอาชีพด้วยความรักและมีเมตตาธรรมเป็นพื้นฐาน ยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นผู้ใฝ่รู้ รักการค้นคว้า และเป็นผู้นำในการพัฒนาตนเอง วิชาชีพและสังคมอย่างต่อเนื่อง จึงได้ให้ความสำคัญกับการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีเมตตาธรรม และมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับจรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล (วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. 2555: 2-11)

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ให้มีความพร้อมต่อการรับมือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในอนาคต และความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำให้ยืดอายุผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น สภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมากขึ้นกว่าแต่ก่อน ประกอบกับความร่วมมือของประชาคมอาเซียนด้านการบริการสุขภาพ ส่งผลให้มีการแข่งขันและมีการเคลื่อนย้ายแรงงาน มีการเปิดกว้างในตลาดวิชาชีพของประชาคมอาเซียนเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาล เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสามารถในการเรียนรู้ ปรับตัวตามความต้องการของสังคมปัจจุบันและมีความพร้อมสู่การแข่งขันในระดับประชาคมอาเซียน ดังนั้นการจัดให้มีการเรียนการสอนที่ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษากรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (มคอ.3) ปีการศึกษา 2555 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ของวิชาการพยาบาล พบว่ายังไม่มีรายวิชาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ปัจจุบันมีจัดการเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาดังนี้ วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาระที่สอดแทรกคือการพยาบาลแบบประคับประคองซึ่งเป็นหัวข้อย่อยในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุสาระที่สอดแทรก คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิชาแนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีทางการพยาบาล สาระที่สอดแทรก คือ ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับความตายและกระบวนการตาย การพยาบาลผู้ป่วยถึงแก่กรรม วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สาระที่สอดแทรก คือ การสูญเสีย ความเศร้าโศกและวิภาษวิทยา จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล สาระที่สอดแทรกคือ ปัญหจริยธรรม กฎหมายเกี่ยวกับการตาย จัดการเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาต่าง ๆ ดังกล่าวใช้ระยะเวลาจัดการเรียนรวม 3 ชั่วโมง (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: 2555) ส่วนเป้าหมายหรือจุดประสงค์การเรียนยังไม่ชัดเจนต่อการศึกษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งในการจัดการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเป้าหมายทั่วไป 3 ประการ คือ 1) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับความตาย (Information sharing) 2) เพื่อทำความเข้าใจต่อค่านิยมต่างๆเกี่ยวข้องกับความตาย (Values clarification) ของตนเอง และ 3) เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญกับความตาย(Coping behavior) ของตนเอง ญาติ เพื่อน และผู้รับบริการ (Wass, Neimeyer; & Berardo. 1998: 395-405; citing Knott. 1979)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีและองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม โดยนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลบ์ (Kolb. 1984: 38) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งในการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้เรียนเอง การสังเกตประสบการณ์

ของบุคคลอื่นหรือการกำหนดสถานการณ์ขึ้น การเรียนรู้เน้นการลงมือปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ในการคิดทบทวนต่อประสบการณ์นั้นๆ ทำให้ผู้เข้ารับการอบรม เกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น

ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลนี้ ผู้วิจัยคาดหวังที่จะให้นักศึกษาพยาบาล ได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกิดทักษะสามารถนำไปสู่การทดลองปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลเป็นที่ยอมรับของกลุ่มนักวิชาชีพ และผู้รับบริการได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกิดทักษะสามารถนำไปสู่การทดลองปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก่อให้เกิดความก้าวหน้าในตนเองและวิชาชีพสืบไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์มีความมุ่งหมาย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ความสำคัญของการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย เซนต์หลุยส์ เพื่อเสริมสร้างความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายตามบทบาทของวิชาชีพพยาบาล และเพื่อผลิตนักศึกษาพยาบาลที่ตอบสนองต่อความ ต้องการของสังคม สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะ สุดท้ายของชีวิต ที่มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อรองรับปัญหาของสังคมไทยที่ต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงต่างๆ อันเป็นเหตุของการทุกข์ทรมาน ก่อนที่จะเสียชีวิต รวมทั้งสัดส่วนของผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการ การดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้การจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้เกิดการ บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ สร้างความประทับใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนผู้ร่วมวิชาชีพ สามารถแข่งขันในตลาดวิชาชีพของประชาคมอาเซียน อีกทั้งจะนำมาซึ่งชื่อเสียงสู่สถาบันการศึกษา วิชาชีพการพยาบาล สามารถร่วโลงวิชาชีพและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมต่อเนื่องเป็นหลักสูตร เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาลประจำการ และเพื่อเป็นแนวทางให้สถาบัน การศึกษาพยาบาลอื่น รวมทั้งเพื่อนร่วมวิชาชีพได้ใช้ประโยชน์จากหลักสูตรฝึกอบรมนี้ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ประชากรที่ใช้ในขั้นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 80 คน พยาบาลศิษย์เก่าวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 10 คน ผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 5 คน และอาจารย์พยาบาลที่สอนและนิเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเพ็ญ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม คือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก และวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ วิทยาลัยหรือคณะพยาบาลศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ คือ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการณณ์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชราช และสถาบันอุดมศึกษาเอกชน คือ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 14 คน
2. ประชากรที่ใช้ในขั้นการประเมินโครงสร้างในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล และด้านหลักสูตรและการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน
3. ประชากรที่ใช้ในการหาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 120 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ การฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลด้วยหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยพิจารณาจาก

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง แผนการเรียนรู้และประสบการณ์ทั้งมวลที่ใช้ในการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม เนื้อหาของการฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม

2. การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การจัดการกระบวนการเรียนรู้ ประสบการณ์ เพื่อมุ่งให้เกิดความรู้ เจตคติที่ดี และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบองค์รวมครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

3. ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรม หมายถึง ผลที่ได้จากการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพิจารณาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจ ทฤษฎี หลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาที่เข้ารับการฝึกอบรม เกี่ยวกับการดูแลชีวิตและการตาย การดูแลเมื่อความตายมาถึง การดูแลหลังการสูญเสีย และการดูแลด้านจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัดได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2. เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาที่เข้ารับการฝึกอบรม เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม วัดได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.3. ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ความสามารถในการอภิปรายข้อคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง ข้อค้นพบในกลุ่มของนักศึกษาที่เข้ารับการฝึกอบรม ตลอดจนความสามารถในการเลือกใช้ทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประเมินจากใช้กระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลและคุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัดได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล และด้านหลักสูตรและการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย อาจารย์ด้านจริยศาสตร์ อาจารย์พยาบาลมีวุฒิปริญญาโทถึงปริญญาเอก หรือมีประสบการณ์การทำงานทางด้านการสอนหรือทางคลินิกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 5 ปี

5. นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีการศึกษา 2556

6. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิตซึ่งมีอาการต่างๆทรุดลงเรื่อยๆด้วยหลักฐานทางการแพทย์ที่บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ไม่นาน ขอบเขตของการศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีดังนี้

6.1 ผู้ป่วยที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิด และจำเป็นต้องพึ่งพาการรักษาด้วยเครื่องมือพยุงชีวิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

6.2 ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วน ด้วยโรคที่มีความรุนแรงหรือมีความคุกคามต่อชีวิต

6.3 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ และมีแนวโน้มที่โรคจะทวีความรุนแรงเรื่อยๆ ตามความเป็นไปของโรค

6.4 โรคเรื้อรังที่เกิดจากอุบัติเหตุที่ต้องให้การดูแลตลอดอย่างต่อเนื่อง โอกาสที่จะกลับมาดำรงชีวิตเหมือนปกติมีน้อยมาก และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต

7. การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลโดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างคุ้มค่ามากที่สุด ได้ใกล้ชิดบุคคลอันเป็นที่รัก มีความอบอุ่นทางจิตใจ รู้สึกผ่อนคลาย จากความกลัวหรือความวิตกกังวล และจากไปอย่างสงบ

8. การดูแลแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นองค์รวมหน่วยเดียวอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ จึงไม่สามารถแยกให้การพยาบาลเป็นส่วนๆได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล นับว่ามีส่วนสำคัญของสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการพยาบาลสู่สังคม หลักสูตรพยาบาลในปัจจุบันส่วนใหญ่มีจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชา ใช้วิธีการบรรยายและการอภิปรายกลุ่มใหญ่ ซึ่งเน้นการสอนการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าจิตวิญญาณ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาสาระการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้ยังไม่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้เข้าใจความคิด อารมณ์ ค่านิยมต่อความตายของตนเองและขาดโอกาสที่จะเข้าใจและยอมรับความคิด อารมณ์ ค่านิยมต่อความตายของผู้อื่นที่แตกต่างจากตนได้ ด้วยระยะเวลาสอนที่จำกัด ภายใต้กรอบที่กำหนดการเรียนการสอนที่มีมาก่อนแล้ว ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนให้ครอบคลุมสาระการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การอบรมที่มีอยู่ในประเทศไทยยังคงไม่เพียงพอกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศไทย

อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากสังคมคนวัยทำงานเข้าสู่วัยสูงอายุ นั้นหมายถึง ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น การพัฒนาหลักสูตรและการเรียน การสอนที่ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคม ที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัว มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเป็น สิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษา พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ขึ้นอย่างมีระบบ มีการประเมินผลหลักสูตรและปรับปรุงแก้ไขให้ สมบูรณ์ เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสามารถในการเรียนรู้ ปรับตัวตามความต้องการของสังคมและมีความพร้อมสู่การแข่งขัน ในระดับประชาคมอาเซียน และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามบทบาทของวิชาชีพ พยาบาล โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีและองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม โดยนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ คอลบ์ (Kolb) และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจ ได้ง่ายขึ้น ได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกิดทักษะสามารถนำไปสู่การ ปฏิบัติการพยาบาลหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดคุณภาพการ พยาบาล เกิดความก้าวหน้าในตนเองและวิชาชีพสืบไป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เมื่อคิดเป็นร้อยละไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการทดลองสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร
 - 1.1 ความหมายของหลักสูตรและการพัฒนาหลักสูตร
 - 1.2 ความสำคัญของหลักสูตร
 - 1.3 คุณสมบัติของหลักสูตร
 - 1.4 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตร
 - 1.5 องค์ประกอบของหลักสูตร
 - 1.6 การประเมินหลักสูตร
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรม
 - 2.1 ความหมายของการฝึกอบรม
 - 2.2 ความสำคัญของการฝึกอบรม
 - 2.3 ประเภทของการฝึกอบรม
 - 2.4 กระบวนการฝึกอบรม
 - 2.5 การประเมินประสิทธิผลการฝึกอบรม
3. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเรียนรู้
 - 3.1 ความหมายของการเรียนรู้
 - 3.2 หลักการเรียนรู้
 - 3.3 รูปแบบการเรียนรู้
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.3 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.4 ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 5.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 - 5.2 หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 5.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 5.4 จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 5.5 กฎหมายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

6. แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล
 - 6.1 ความหมายของวิชาชีพพยาบาล
 - 6.2 คุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล
 - 6.3 จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล
7. การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
 - 7.1 การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
 - 7.2 การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 7.3 การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตร
 - 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร

1.1 ความหมายของหลักสูตรและการพัฒนาหลักสูตร

1.1.1 ความหมายของหลักสูตร

หลักสูตร (curriculum) มีผู้ให้ความหมายของหลักสูตรไว้หลากหลาย ทั้งที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ดังนี้

ทาบา (Taba. 1962: 422-425) กล่าวว่า หลักสูตร หมายถึง การวางแผนสำหรับการเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนาคนจะมีส่วนในการกำหนดหลักสูตร

เซย์เลอร์; อเล็กซานเดอร์ และเลวิส (Saylor; Alexander; & Lewis. 1981: 3) กล่าวว่า หลักสูตร คือ โอกาสการเรียนรู้ทั้งหมดที่สถานศึกษาจัดให้กับผู้เรียน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้

โอลิวา (Oliva. 1992: 8) กล่าวว่า หลักสูตร คือ แผนหรือโปรแกรมสำหรับประสบการณ์ทั้งหมดที่จะให้กับผู้เรียนภายใต้การกำหนดทิศทางโดยสถานศึกษา

อาร์มสตรอง (Armstrong. 2003: 4) กล่าวว่า หลักสูตร เป็นการยืนยันถึงกระบวนการตัดสินใจกับผลผลิตซึ่งมุ่งเน้นที่การเตรียมและการประเมินการออกแบบแผน เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะโดยกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่เอื้อต่อผู้เรียน

พิสนุ ฟองศรี (2551: 134) กล่าวว่า หลักสูตร หมายถึง การวางแผนหรือจัดระบบทางการศึกษาเกี่ยวกับประมวลวิชา ประสบการณ์ต่างๆ การจัดการเรียนการสอนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะต่างๆ ที่พึงประสงค์ตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตร

นิรมล ศตวุฒิ (2551: 3) กล่าวว่า หลักสูตรแบ่งตามนักวิชาการหลายๆ ท่านออกเป็น 2 มุมมอง คือ 1) เป็นมุมมองในมุมแคบ หมายถึง เป็นที่รวบรวมเนื้อหาวิชาที่วางแผนไว้ 2) เป็นมุมมองในมุมกว้าง หมายถึง ประสบการณ์ทั้งหมดที่สถานศึกษาเป็นผู้นำทางให้เกิดการเรียนรู้

สรุปได้ว่า หลักสูตร หมายถึง แผนการเรียนรู้และประสบการณ์ทั้งมวลที่จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามข้อกำหนดนั้น โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ แนวทางและวิธีการในการจัดประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียน เพื่อพัฒนาผู้เรียนทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามที่ได้กำหนดไว้ เมื่อผู้เรียนเรียนครบตามรายวิชาและตามข้อกำหนดของหลักสูตร

1.1.2 ความหมายของการพัฒนาหลักสูตร

การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง การจัดทำหลักสูตรขึ้นมาใหม่ โดยที่ยังไม่เคยมีหลักสูตรนั้นมาก่อนหรืออีกความหมายหนึ่ง คือ การทำหลักสูตรที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งต้องดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน (นิรมล ศตวุฒิ, 2551: 5) นอกจากนี้การพัฒนาหลักสูตรยังเป็นการจัดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ เทคโนโลยี ตลอดจนผลงานวิจัยทางด้านจิตวิทยาที่มีต่อสภาพของผู้เรียน

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2537: 7) กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง การจัดทำหลักสูตรที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นหรือการจัดหลักสูตรขึ้นมาใหม่ ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาหลักสูตรมีอยู่ 4 ระยะ คือ การวิจัย การพัฒนา การเผยแพร่ การดำเนินการใช้และปรับปรุง

สันต์ อุทรานันท์ (2537: 11-12) กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตรมีความหมายอยู่ 2 ลักษณะคือ การสร้างหลักสูตรขึ้นมาใหม่ โดยไม่มีหลักสูตรเดิมเป็นพื้นฐานอยู่เลยหรือการทำหลักสูตรที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น สมบูรณ์ขึ้น นอกจากนี้ยังมีคำอีกหลายคำที่มีความหมายใกล้เคียงกับการพัฒนาหลักสูตร คือ การออกแบบหลักสูตร (curriculum design) การจัดหลักสูตร (making) และการสร้างหลักสูตร (curriculum construction) และการพัฒนาหลักสูตรมักจะเกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบหลักๆ คือ การวางแผนหลักสูตร การนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินหลักสูตร

โอลิวา (Oliva, 1992: 8) กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตรหมายถึงการเปลี่ยนแปลงและการทำให้หลักสูตรดีขึ้น รวมถึงการวางแผนหลักสูตร การวางแผนหมายถึงการคิดหรือขั้นตอนการออกแบบ ส่วนการนำหลักสูตรไปใช้คือการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินหลักสูตร หมายถึงการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนนั่นเอง

สรุปได้ว่า การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง ขั้นตอนหรือกระบวนการตัดสินใจเลือกหาแนวทาง การจัดการเรียนการสอนต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิต ปัญหาของผู้เรียนและสังคม ซึ่งจะเป็นการสร้างหลักสูตรขึ้นมาใหม่หรือวิธีการปรับหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว โดยครอบคลุมระบบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ระบบการร่างหลักสูตร 2) ระบบการใช้หลักสูตร 3) ระบบการประเมินหลักสูตร

1.2 ความสำคัญของหลักสูตร

นักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึง ความสำคัญของหลักสูตรที่มีต่อการจัดการศึกษา ดังนี้
 ช่าง บั้วศรี (2542: 6-7) กล่าวว่า หลักสูตรมีความสำคัญเพราะหลักสูตรเป็นตัวกำหนด
 มาตรฐานการเรียนรู้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้เรียนได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดที่บ่งชี้ว่า
 ผู้เรียนควรได้รับการเรียนรู้อะไร มีเนื้อหาสาระมากน้อยเพียงใด ควรได้รับการพัฒนาฝึกฝนทักษะ
 ในด้านใดและพัฒนาถึงร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาอย่างไร

สมิตร คุณานุกร (2543: 99-100) กล่าวว่า หลักสูตรมีความสำคัญเพราะหลักสูตรเป็น
 เครื่องชี้แนวทางหรือเป็นบทบัญญัติของรัฐในการจัดการศึกษา เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัด
 การศึกษานำไปปฏิบัติ อีกทั้งยังเป็นเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษาและควบคุมการจัดการเรียน
 การสอนของสถาบันการศึกษา

ปฏุล นันทวงศ์ และไพโรจน์ ดั่งพิเศษ (2543: 9) กล่าวว่า หลักสูตรมีความสำคัญเพราะ
 หลักสูตรเป็นเอกสารที่กำหนดแนวทางในการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา ซึ่งผู้เกี่ยว
 ข้องในการจัดการศึกษาทุกฝ่ายต้องยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อพัฒนาบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามที่
 พึงประสงค์ให้แก่องค์กร สังคมและประเทศชาติ

สรุปได้ว่า หลักสูตรมีความสำคัญเพราะหลักสูตรเป็นเอกสารที่เป็นแผนกำหนดมาตรฐาน
 การจัดการเรียนรู้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้เรียนได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพ โดยระบุแนวทางการจัดประมวล
 ประสพการณ์ กำหนดทิศทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัด
 การศึกษานำไปปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพทางการศึกษาและลักษณะอันพึงประสงค์ตรงตามเกณฑ์
 มาตรฐานการศึกษาที่หลักสูตรกำหนดไว้

1.3 คุณสมบัติของหลักสูตร

คุณสมบัติของหลักสูตร หมายถึง ธรรมชาติหรือลักษณะของหลักสูตรว่าเป็นอย่างไร
 อาจหมายรวมถึงข้อตกลงหรือข้อยอมรับเกี่ยวกับเกณฑ์ของหลักสูตร คุณสมบัติของหลักสูตร ดังนี้
 สุนีย์ ภูพันธ์ (2546: 15-16) กล่าวว่า ลักษณะของหลักสูตร ดังนี้

1. หลักสูตรมีลักษณะเป็นพลวัตร (dynamic) เปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการสังคมอยู่
 เสมอ คุณสมบัตินี้แสดงว่าประสพการณ์ และกิจกรรมการเรียนการสอนที่จัดให้แก่ผู้เรียนจะไม่ซ้ำ
 เหมือนเดิม แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามความจำเป็น เนื้อหาสาระใด
 ยังสนองเป้าหมาย และจำเป็นต่อผู้เรียนจะคงไว้ บางครั้งเนื้อหาคงไว้อย่างเดิมแต่การจัดกิจกรรม
 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จะต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

2. การพัฒนาหลักสูตรเป็นกระบวนการต่อเนื่อง หลักสูตรจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความ
 ต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ดังนั้นกระบวนการพัฒนาหลักสูตร จึงเป็นกระบวน
 การที่ต่อเนื่องเป็นวัฏจักร หลักสูตรควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงอยู่เสมอ เพราะหลักสูตรที่ดีควรตอบ
 สอนต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หลักสูตรจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย

3. หลักสูตรไม่สามารถแสดงกิจกรรมหรือกระทำกิจกรรมต่างๆได้เอง จำเป็นต้องใช้
 กิจกรรมหรือการกระทำอย่างอื่นมาช่วย เช่น การพัฒนาหลักสูตร การจัดทำหลักสูตร การปรับปรุง
 หลักสูตร การสร้างหลักสูตร เพราะฉะนั้นหลักสูตรจึงทำหน้าที่เป็นผู้ถูกกระทำอยู่ตลอดเวลา

สำหรับ พิสนุ ฟองศรี (2551: 135) กล่าวว่า ลักษณะของหลักสูตรที่ดีว่าควรมีลักษณะ 6 ประการ ดังนี้ 1) สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนและสังคม 2) วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความชัดเจน และมาจากข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้องครอบคลุม 3) วัตถุประสงค์ของหลักสูตรต้องพัฒนาคุณลักษณะของผู้เรียนครบทั้ง 3 ด้าน คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย อย่างสมดุลกัน 4) การจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นระบบต่อเนื่องกันตามลำดับ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม 5) มีความยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพการณ์ 6) สามารถประเมินผลได้

สรุปได้ว่า คุณสมบัติของหลักสูตรต้องมีลักษณะเป็นพลวัตร มีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและความต้องการสังคมอยู่เสมออย่างต่อเนื่อง และหลักสูตรที่ดีต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนสามารถพัฒนาผู้เรียนทั้งพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยอย่างสมดุลกัน สามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถวัดและประเมินผลได้

1.4 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม

การพัฒนาหลักสูตรมีขั้นตอนที่สำคัญหลายขั้นตอน จะต้องมีการดำเนินการตามลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ มีนักการศึกษาหลายท่านได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรไว้หลายรูปแบบ และรูปแบบที่เป็นต้นแบบในการนำมาอ้างอิงมากที่สุด คือ รูปแบบของไทเลอร์ (Tyler, 1949) นักวิชาการที่นำแนวคิดของไทเลอร์ (Tyler) มาประยุกต์ใช้ เช่น เชย์เลอร์และคนอื่นๆ (Saylor; et al. 1981: 56) และทาบ (Taba, 1962: 422-425) เป็นต้น

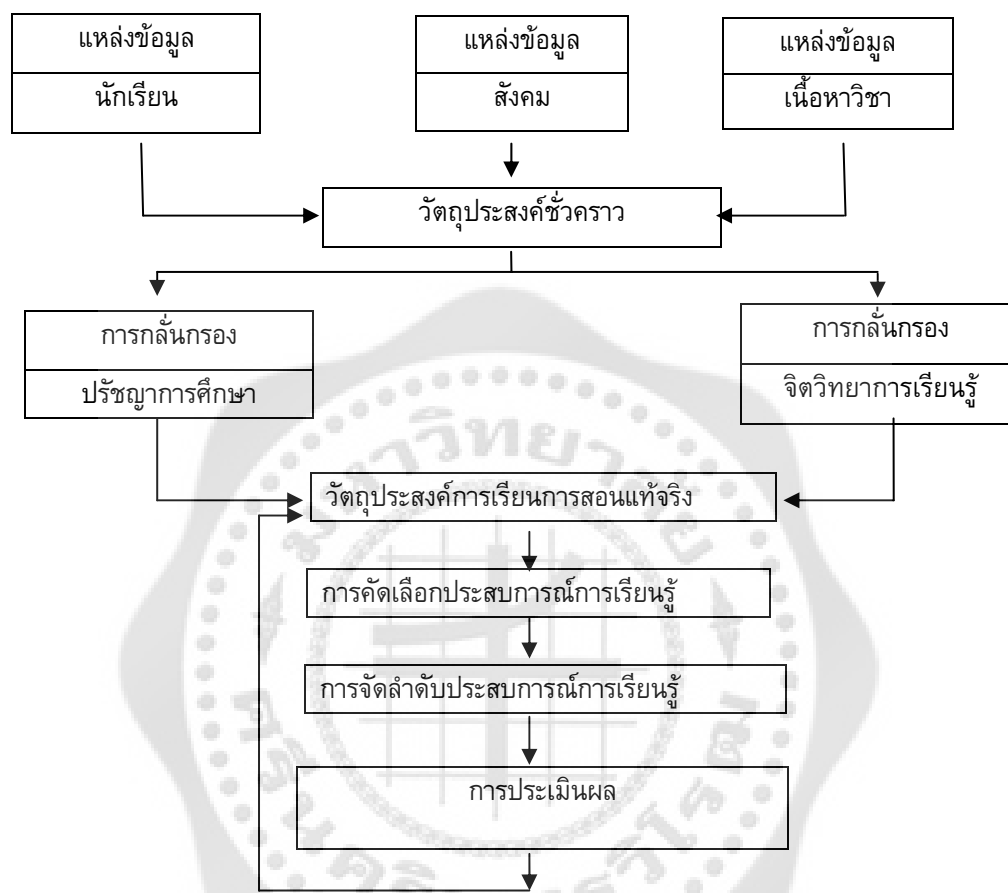
ไทเลอร์ (Tyler, 1949: 202-204) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรว่าต้องวิเคราะห์คำถามที่จำเป็นต่อการพัฒนาหลักสูตร 4 ข้อ คือ 1) จุดมุ่งหมายทางการศึกษาที่สถานศึกษาต้องการจะบรรลุมีอะไรบ้าง 2) ประสพการณ์ทางการศึกษามีอะไรบ้าง 3) จะจัดประสพการณ์ทางการศึกษาอย่างไรจึงจะทำให้เกิดการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ 4) จะประเมินผลอย่างไร จึงจะตัดสินได้ว่าบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ โดยไทเลอร์ (Tyler) จะให้ความสำคัญกับจุดมุ่งหมายทางการศึกษาเป็นหลักและจากคำถามนำไปสู่กระบวนการพัฒนาหลักสูตร 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมาย (จุดมุ่งหมายชั่วคราวและจุดมุ่งหมายที่แน่นอน) การกำหนดจุดมุ่งหมายชั่วคราวจะต้องศึกษาข้อมูลจากตัวผู้เรียน และเนื้อหาวิชาก่อน แล้วกำหนดจุดมุ่งหมายให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้อีกมา หลังจากนั้นต้องกลั่นกรองจุดมุ่งหมายชั่วคราว โดยอาศัยการศึกษาข้อมูลด้านจิตวิทยา และปรัชญาการศึกษาเพื่อให้ได้จุดมุ่งหมายที่แน่นอน

2. เลือกแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมาย เป็นการเลือกเนื้อหา และกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งควรเลือกประสพการณ์การเรียนรู้ที่ให้โอกาสผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายประสพการณ์การเรียนรู้ควรเป็นที่พึงพอใจของผู้เรียน และอยู่ในขอบข่ายความสามารถของผู้เรียน รวมทั้งการเลือกประสพการณ์การเรียนรู้ที่สามารถนำไปสู่จุดมุ่งหมายได้

3. จัดประสพการณ์การเรียนรู้ เป็นการนำเสนอประสพการณ์ที่เลือกไว้ มาจัดให้กับผู้เรียน โดยคำนึงถึงความต่อเนื่อง การลำดับขั้นตอน และการบูรณาการประสพการณ์เหล่านั้น

4. ประเมินผลที่ได้รับ เป็นกระบวนการที่จะตรวจสอบว่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดขึ้นนั้น ได้ผลที่พึงปรารถนาจริง ๆ หรือไม่ และได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด
 ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบพัฒนาหลักสูตรไทเลอร์

ที่มา: Oliva. (2001: 144).

ทาบ (Taba. 1962: 422-425) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตร ที่มีขั้นตอนคล้ายกับของไทเลอร์ (Tyler) แต่ต่างกันว่าไทเลอร์เสนอวิธีการที่ค่อนข้างเป็นระดับบนสู่ระดับล่าง หรือ Top-down ทาบเชื่อว่าการพัฒนาหลักสูตรที่เริ่มจากระดับบนหรือการสั่งการของผู้บริหารระดับสูง ไม่ใช่วิธีการพัฒนาหลักสูตรที่ดี การพัฒนาหลักสูตรควรเริ่มจากระดับล่างหรือครูผู้สอน ซึ่งเป็นผู้นำหลักสูตรไปใช้จริง เป็นผู้ปฏิบัติจริงในเหตุการณ์ จึงมีความเหมาะสมมากกว่าประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจความต้องการ 2) กำหนดจุดมุ่งหมาย 3) การเลือกเนื้อหา 4) การจัดระบบเนื้อหาวิชา 5) การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ 6) การจัดลำดับประสบการณ์ 7) กำหนดสิ่งที่จะประเมินและวิธีประเมินผล ทาบอธิบายเพิ่มเติมว่า หลังจากประเมินหลักสูตรแล้ว ควรตรวจสอบ

ความสมดุลและความสอดคล้องระหว่างขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร และตรวจสอบความคงที่ขององค์ประกอบที่บรรจุอยู่ในหน่วยเรียนสัดส่วนของกิจกรรมการเรียนรู้ ตลอดจนความสมดุลของรูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้

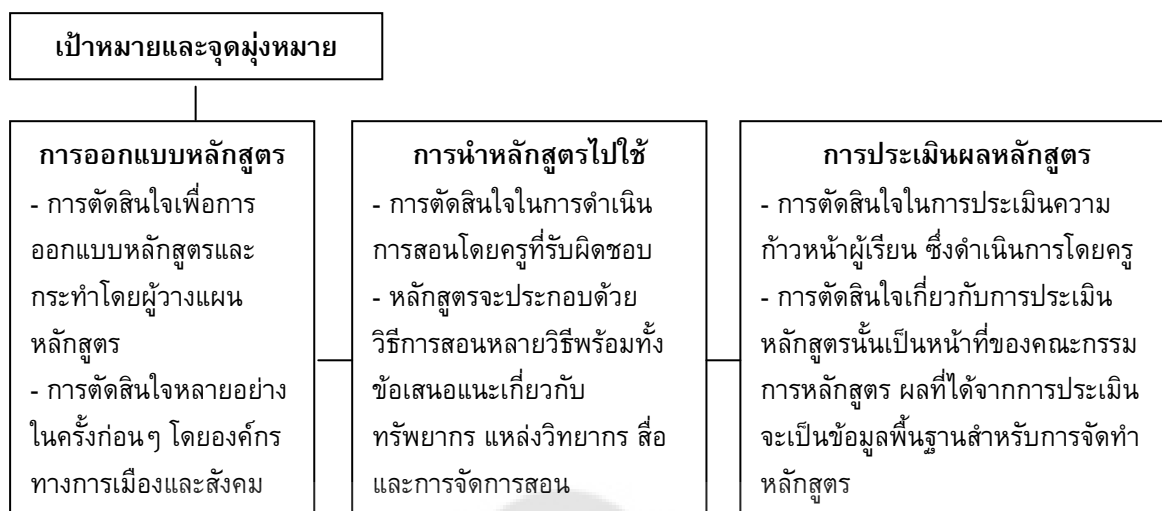
เซย์เลอร์และคนอื่นๆ (Saylor; et al. 1981: 30-39) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรที่ปรับขยาย ตามแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรจากของไทเลอร์ (Tyler) และทาบา (Taba) ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นำเสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรที่เป็นระบบ (system approach) ที่มีความยืดหยุ่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมายและขอบเขต (goals, objectives, and domains) ผู้พัฒนาหลักสูตรจะต้องสำรวจข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาพแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ความต้องการและความคาดหวังของสังคม ความต้องการของผู้เรียน ปรัชญาทางการศึกษา แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมากำหนดเป็นเป้าหมายจุดมุ่งหมาย และขอบเขต โดยเป้าหมายนั้นให้ครอบคลุม 4 ประเด็น คือ ประสบการณ์เรียนรู้ที่หลากหลาย พัฒนาการของบุคคล ความสามารถทางสังคม ทักษะการเรียนรู้ และความชำนาญเฉพาะด้าน

2. การออกแบบหลักสูตร (curriculum design) หลังจากที่มีการกำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมาย และขอบเขตของหลักสูตรแล้ว นักพัฒนาหลักสูตรจะต้องวางแผนออกแบบหลักสูตร โดยอาศัยหลักวิชาการต่างๆ ภายใต้ความรับผิดชอบของนักพัฒนาหลักสูตร พร้อมทั้งการพิจารณาปัจจัยแวดล้อมทางด้านการเมือง สังคม สิ่งแวดล้อม ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้ได้รูปแบบหลักสูตรที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เลือกและจัดเนื้อหา การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ โดยขั้นตอนต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับเป้าหมาย จุดมุ่งหมาย และขอบเขต นอกจากนี้การออกแบบหลักสูตรต้องสามารถตอบคำถามว่าผู้เรียนเป็นใคร วัตถุประสงค์ย่อยคืออะไร ประเภทของประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต้องเตรียมคืออะไร ขอบเขตประสบการณ์การเรียนรู้คืออะไร การมีส่วนร่วมระหว่างผู้เรียนผู้สอน หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคืออะไร ระยะเวลาในแต่ละด้านคืออะไร และใช้เกณฑ์อะไรในการประเมิน

3. การนำหลักสูตรไปใช้ (curriculum implementation) เป็นการวางแผน และจัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ โดยกำหนดวิธีการสอน สื่อวัสดุอุปกรณ์ ตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับเป้าหมาย จุดมุ่งหมาย และขอบเขตของความรู้และเนื้อหา

4. การประเมินหลักสูตร (curriculum evaluation) เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกเทคนิคและวิธีการประเมินผล เพื่อเป็นการตัดสินใจในคุณภาพ และความสำเร็จของหลักสูตร โดยมีจุดเน้น 2 ประการ คือ การประเมินผลในแต่ละส่วนของการเรียนการสอน และการประเมินหลักสูตรทั้งระบบ (Saylor; et al. 1981: 30-39) ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของเซเลอร์และคนอื่นๆ

ที่มา: Saylor; et al. (1981). *Curriculum Planning for Better Teaching and Learning*. pp. 30-39.

อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน (2543: 126-129) กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตรมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาความต้องการ 2) ออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม 3) การประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรและ 4) การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรม

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2543: 140-150) ได้เสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจรไว้ 3 ระบบ คือ ระบบการร่างหลักสูตร ระบบการนำหลักสูตรไปใช้ และระบบการประเมินหลักสูตร ซึ่งทั้งสามระบบนี้จะต้องสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน

1. ระบบการร่างหลักสูตร ได้แก่ สิ่งกำหนดหลักสูตร รูปแบบหลักสูตรการตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร และการปรับแก้หลักสูตรก่อนนำไปใช้

1.1 สิ่งกำหนดหลักสูตร คือ การเตรียมการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาใช้สำหรับพัฒนาหลักสูตร และการปรับแก้หลักสูตรก่อนนำไปใช้

1.2 รูปแบบหลักสูตร ได้แก่ โครงสร้างและองค์ประกอบหลักสูตรซึ่งจะได้หลังจากศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากสิ่งกำหนดหลักสูตร

1.3 การตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ของหลักสูตร พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งอาจทำได้โดยวิธีการประชุมสัมมนา การวิจัยเอกสาร การทดลองใช้ หลักสูตรนาร่อง เป็นต้น

1.4 การปรับแก้หลักสูตรก่อนนำไปใช้ จะต้องจัดทำระบบข้อมูลที่ชัดเจน รวมทั้งการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบคอบ

2. ระบบการใช้หลักสูตร ได้แก่ การขออนุมัติหลักสูตร การวางแผนการใช้หลักสูตรและการดำเนินการใช้หลักสูตร

2.1 การขออนุมัติหลักสูตร เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงจะรับสมัครผู้ที่ศึกษาและดำเนินการเรียนการสอนได้

2.2 การวางแผนการใช้หลักสูตร จะกระทำควบคู่ไปกับการขออนุมัติหลักสูตร เมื่อหลักสูตรได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการใช้หลักสูตรได้

2.3 การดำเนินการใช้หลักสูตร เริ่มตั้งแต่การประชาสัมพันธ์การเตรียมความพร้อมของบุคลากร งบประมาณ การออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนไปจนถึงการจัดตารางสอน

3. ระบบการประเมินหลักสูตร ได้แก่ การวางแผน การประเมินหลักสูตรแผนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงาน

3.1 การวางแผนการประเมินหลักสูตรเป็นการวางแผน ว่าประเมินหลักสูตรในส่วนใดบ้าง เช่น ประเมินเอกสารหลักสูตร การประเมินย่อยๆ แต่ละระบบ เช่นระบบการเรียนการสอน ผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนหรือจะประเมินหลักสูตรทั้งระบบ

3.2 แผนการเก็บรวบรวม ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่และการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ควรกำหนดว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่สำคัญในการตัดสินใจการจัดทำระบบข้อมูล จะช่วยจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์ข้อมูลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.4 การรายงานข้อมูล การจัดทำรายงานและการเสนอข้อมูล จะช่วยในการพิจารณาว่าหลักสูตรนี้มีคุณค่าตรงตามวัตถุประสงค์หรือว่าจะปรับปรุงแก้ไข ระบบการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจรของวิชัย วงษ์ใหญ่ ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจรของวิชัย วงษ์ใหญ่. (2525: 17).

ตาราง 1 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของนักวิชาการ

ไทเลอร์ (Tyler)	เซย์เลอร์ (Saylor)	ทาบา (Taba)	วิชัย วงษ์ใหญ่
1. กำหนดจุดมุ่งหมาย	1. กำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมายสำรวจข้อมูล พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง	1. การสำรวจความ ต้องการ	1. ระบบการร่างหลักสูตร ได้แก่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน รูปแบบของหลักสูตรและ ตรวจสอบคุณภาพแก้ไขก่อน นำหลักสูตรไปใช้
2. เลือกแนวทางเพื่อบรรลุ เป้าหมาย เป็นการเลือก เนื้อหา และกิจกรรมการเรียนรู้	2. การออกแบบหลักสูตร	2. กำหนดจุดมุ่ง หมาย	2. ระบบการใช้หลักสูตรโดย ขออนุมัติหลักสูตรวาง แผนการใช้หลักสูตรและ ดำเนินการใช้หลักสูตร
3. จัดประสบการณ์การเรียนรู้	3. การนำหลักสูตรไปใช้	3. การเลือกเนื้อหา	3. ระบบการประเมิน หลักสูตร ได้แก่ การวาง แผน การประเมินหลักสูตร แผนการเก็บข้อมูล การ วิเคราะห์ข้อมูล และการ เขียนรายงาน
4. ประเมินผลที่ได้รับ	4. การประเมินหลักสูตร	4. การจัดระบบ เนื้อหาวิชา	
		5. การเลือกประส บการณ์การเรียนรู้	
		6. การจัดลำดับ ประสบการณ์	
		7. กำหนดสิ่งที่จะ ประเมินและวิธี ประเมินผล	

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรมีหลายรูปแบบและรูปแบบที่ถูกอ้างถึงมากที่สุด คือ รูปแบบของไทเลอร์ (Tyler) และนักวิชาการได้พัฒนาประยุกต์ใช้ในรูปแบบคล้ายคลึงกัน ส่วนที่ แตกต่างกัน คือ การนำเสนอขั้นตอน ความชัดเจนสู่การปฏิบัติ และมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน จากแนวคิด เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของนักวิชาการ ได้แก่ ไทเลอร์ (Tyler); ทาบา (Taba); เซย์เลอร์ และคนอื่นๆ (Saylor; et al. n.d.); วิชัย วงษ์ใหญ่ ที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยนำมาประยุกต์ในการ พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งมีกระบวนการการพัฒนาหลักสูตร 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เป็นการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 2) การร่างหลักสูตรฝึกอบรม โดยมี

องค์ประกอบ คือ แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมหลักการ และเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เป็นการประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำหลักสูตรไปทดลองใช้ 4) การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ เพื่อหาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรม

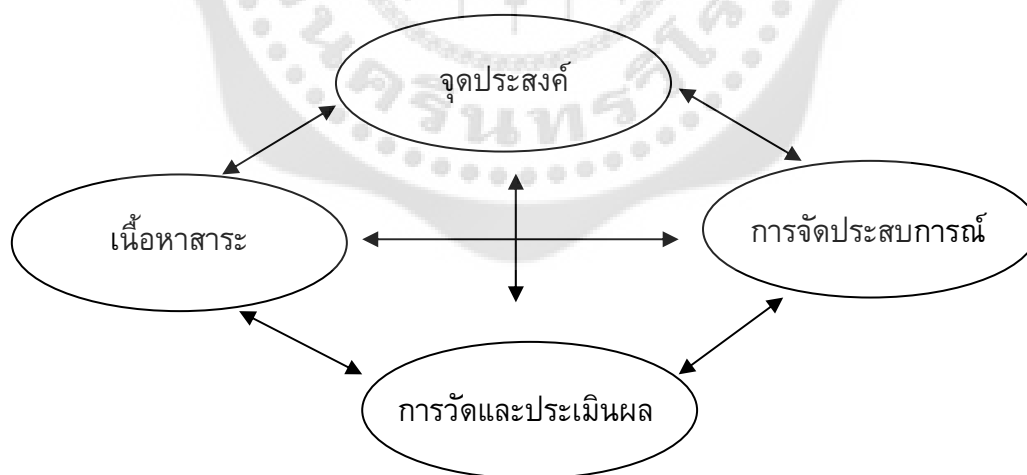
1.5 องค์ประกอบของหลักสูตร

องค์ประกอบของหลักสูตร คือ การจัดโครงสร้างภายในของหลักสูตรว่ามีส่วนประกอบสำคัญอะไรบ้าง ซึ่งนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสมบูรณ์ ครบถ้วนของหลักสูตร มีนักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงองค์ประกอบของหลักสูตร ดังนี้

ทาบา (Taba. 1962: 422-425) กล่าวว่า องค์ประกอบของหลักสูตร ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการหรือกระบวนการและการประเมินผล โดยทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน

เซย์เลอร์ และคนอื่นๆ (Saylor; et al. 1981: 28-29) กล่าวว่า องค์ประกอบของหลักสูตร ประกอบด้วย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร การออกแบบหลักสูตร วิธีการหรือรูปแบบในการดำเนินการเรียนการสอน และการประเมินหลักสูตร

บิชอป (Bishop. 1985: 140) กล่าวว่า องค์ประกอบพื้นฐานของหลักสูตร ได้แก่ จุดประสงค์ เนื้อหาสาระ การจัดประสบการณ์เรียนรู้ หรือวิธีการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล โดยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบพื้นฐานของหลักสูตร

โอลิวา (Oliva. 1992: 171-175) กล่าวว่า องค์ประกอบของหลักสูตร ประกอบด้วย 12 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) จุดหมายของการศึกษา 2) วิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็น 3) เป้าหมายของหลักสูตร 4) จุดประสงค์ของหลักสูตร 5) รวบรวมและนำหลักสูตรไปใช้ 6) กำหนดเป้าหมายของการสอน 7) กำหนดจุดประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนรายวิชา 8) เลือกยุทธวิธีในการสอน 9) เทคนิควิธีการประเมินผล 10) นำเทคนิคการสอนไปปฏิบัติจริง 11) ประเมินผลการจัดการเรียนการสอน 12) ประเมินผลหลักสูตร

สำหรับนักการศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรของไทย อาทิ

ยุวดี ภาษา (2536: 93) องอาจ พงษ์พิสุทธิบุปผา (2541: 45) ช่อเพชร เป้าเงิน (2545: 110 -112) วิยะดา รัตนสุวรรณ (2547: 100-101) และพจนีย์ มั่งคั่ง (2549: 128-130) กล่าวว่า องค์ประกอบของหลักสูตรที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้คือ 1) หลักการและเหตุผลของหลักสูตร 2) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตร 3) จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 4) เนื้อหาสาระ 5) การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน 6) สื่อการเรียนการสอน และ 7) การวัดผลและประเมินผลหลักสูตร

ธำรง บัวศรี (2542: 8-9) กล่าวว่า องค์ประกอบของหลักสูตรที่สำคัญ ดังนี้

1) เป้าประสงค์และนโยบายทางการศึกษา 2) จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 3) รูปแบบและโครงสร้างหลักสูตร 4) จุดประสงค์ของวิชา 5) เนื้อหา 6) จุดประสงค์ของการเรียนรู้ 7) ยุทธศาสตร์การเรียนการสอน 8) การประเมินผล และ 9) วัสดุหลักสูตรหรือสื่อการเรียนการสอน

พิสนุ พองศรี (2551: 134) รุจิรี ภู่อาระ (2551: 16) ศักดิ์ศรี ปาณะกุล และคนอื่นๆ (2551: 3-4) ได้สรุปองค์ประกอบสำคัญของหลักสูตร มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. หลักการและจุดมุ่งหมาย หลักการ คือ คุณสมบัติหรือแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับหลักสูตร “หลักการ” จะบอกให้รู้ว่าหลักสูตรนั้นจัดขึ้นเพื่ออะไร ซึ่งจะกำหนดไว้ในเชิงปรัชญาของหลักสูตร ส่วนจุดมุ่งหมายของหลักสูตร เป็นความคาดหวังของหลักสูตรว่าผู้เรียนที่จบหลักสูตรนั้นๆ จะมีคุณลักษณะอย่างไร ควรมีพฤติกรรมอะไรบ้าง จุดมุ่งหมายจึงเป็นผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในตัวผู้เรียนทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ค่านิยม ความสามารถและทักษะต่างๆ

2. เนื้อหาวิชาหรือสาระการเรียนรู้ เป็นการเลือกเนื้อหาประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ ที่คาดว่าจะช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการตั้งแต่การเลือกเนื้อหาและประสบการณ์ การเรียงลำดับเนื้อหาสาระ พร้อมทั้งการกำหนดเวลาเรียนที่เหมาะสม

3. การนำหลักสูตรไปใช้ หรือการจัดกิจกรรมการเรียน เป็นการนำหลักสูตรไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดทำวัสดุหลักสูตร ได้แก่ คู่มือ เอกสารหลักสูตร แผนการสอน แนวการสอน และแบบเรียน เป็นต้น ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และสิ่งแวดล้อม จึงทำให้การเรียนของผู้เรียนบรรลุเป้าหมายของหลักสูตร

4. การประเมินผลเป็นการหาคำตอบว่า หลักสูตรสัมฤทธิ์ผลตามที่กำหนดไว้ในจุดมุ่งหมายหรือไม่เพียงใด และอะไรเป็นสาเหตุ อาจแบ่งได้เป็น 2 ประการ คือ การประเมินลักษณะผู้เรียนตามหลักสูตรในรายวิชาหรือกลุ่มสาระการเรียนรู้ต่างๆ ซึ่งการประเมินหลักสูตรนี้จะกล่าวรายละเอียดในลำดับต่อไป

วุฒิสกต์ พิศสุวรรณ (2553: 117) กล่าวว่า องค์ประกอบของหลักสูตรมี ดังนี้ 1) สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตร 2) หลักการของหลักสูตร 3) จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 4) หน่วยการเรียนรู้ ประกอบด้วยจุดประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ กิจกรรม สื่อการสอน และการวัดประเมินผล

ตาราง 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม

ผู้นำเสนอ องค์ประกอบหลักสูตร ฝึกอบรม	สำรวจข้อมูลพื้นฐาน	นโยบายการศึกษา	โครงสร้างหลักสูตร	หลักการและเหตุผล	แนวคิดพื้นฐาน	วัตถุประสงค์ของหลักสูตร	เนื้อหาของหลักสูตร	กิจกรรมและระยะเวลา	สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม	การวัดและประเมินผล
ทาบ(Taba)						☆	☆			☆
เซย์เลอร์ (Saylor)			☆			☆	☆	☆		☆
บิชอป (Bishop)						☆	☆	☆		☆
โอลิวา (Oliva)		☆		☆		☆	☆	☆		☆
ยูวดี ภาษา				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
องอาจ พงษ์พิสุทธ์บุปผา				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
ช่อเพชร เบ้าเงิน				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
วิยะดา รัตนสุวรรณ				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
พจนิย์ มั่งคั่ง				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
ธำรง บัวศรี	☆	☆	☆			☆	☆	☆	☆	☆
พิชญ์ พงศ์ศรี				☆		☆	☆	☆	☆	☆
รุจิร ภูสาระ				☆		☆	☆	☆	☆	☆
ศักดิ์ศรี ปาณะกุล				☆		☆	☆	☆	☆	☆
วุฒิสกต์ พิศสุวรรณ				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
คัดเลือกความถี่ตั้งแต่ 6 ขึ้นไป	1	2	1	10	6	14	14	14	10	14

สรุปได้ว่า ตามที่นักการศึกษาและมีผู้นำเสนอองค์ประกอบของหลักสูตรมีลักษณะใกล้เคียงกัน นั่นคือ องค์ประกอบหลักสูตร ประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล จุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรม เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมและ

ระยะเวลาการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการวัดและประเมินผล ซึ่งแต่ละองค์ประกอบ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกองค์ประกอบของหลักสูตรที่มีความถี่ ตั้งแต่ 6 ขึ้นไป มาจัดองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดพื้นฐาน ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 2) หลักการและเหตุผล 3) วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม 4) เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม 5) กิจกรรมการฝึกอบรม 6) สื่อประกอบการฝึกอบรม และ 7) การประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม

1.6 การประเมินหลักสูตร

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2543: 31) ได้กล่าวถึง การประเมินหลักสูตร หมายถึง การรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพิจารณาทบทวนเกี่ยวกับคุณภาพของหลักสูตร โดยใช้ผลจากการวัดในมุมต่างๆ ของสิ่งที่ประเมิน เพื่อนำมาพิจารณาาร่วมกัน เช่น เอกสารหลักสูตร วัสดุหลักสูตร กระบวนการเรียน การสอน ผู้เรียน ความคิดเห็นของผู้ใช้หลักสูตรและความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนและ สังคม เป็นต้น เพื่อตรวจสอบและตัดสินว่าหลักสูตรมีคุณค่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (วิชัย วงษ์ใหญ่. 2543: 31)

กาญจนา คุณารักษ์ (2540: 220) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการประเมินหลักสูตรเป็นการ เตรียมข้อมูลสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจในระยะต่างๆ ของการพัฒนาหลักสูตร ข้อมูล สารสนเทศดังกล่าว อาจเกี่ยวกับหลักสูตรทั้งหมด หรือองค์ประกอบเพียงบางส่วนทั้งนี้ เพื่อพิจารณา ร่วมกันและสรุปคุณค่าของหลักสูตรที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นมาใช้ว่าคุณภาพดีหรือไม่ดีเพียงใด หรือได้ ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีส่วนใดที่ปรับปรุงแก้ไขให้การเรียนการสอนดีที่สุด

รูปแบบการประเมินหลักสูตรมีหลายแนวคิดโดยมีรูปแบบสำคัญๆ ดังนี้

1. รูปแบบการประเมินหลักสูตรของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler)

ไทเลอร์ (Tyler. 1949) เป็นผู้วางรากฐานการประเมินหลักสูตรไทเลอร์ (Tyler) ได้ให้ คำนิยามว่าการศึกษา คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการประเมินจึงเน้นผลสัมฤทธิ์ที่ได้ จากหลักสูตร คือ การเปรียบเทียบว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ (ภาวศุทธิ์ เอีย ภัทรางกูร. 2553: ออนไลน์)

รูปแบบการประเมินหลักสูตรของไทเลอร์ เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็น ผลต่อกันขององค์ประกอบหลักสูตร 3 ส่วน คือ จุดมุ่งหมายทางการศึกษา ประสพการณ์การเรียนรู้ และสัมฤทธิ์ผลของการเรียน หลักการประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตร โดยพิจารณาจากการ บรรลุผลสำเร็จของจุดมุ่งหมายทางการศึกษาที่ตั้งไว้

2. รูปแบบการประเมินหลักสูตรของสเตค (Robert E. Stake)

สเตค (Robert E. Stake. 1978: 5-8) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินหลักสูตรว่าผู้ประเมิน ต้องทราบข้อมูลที่แท้จริง เพื่อจะอธิบายและตัดสินในสิ่งที่กำลังศึกษานั้น คือ การประเมินควร พิจารณาอย่างครอบคลุม มิใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของโครงสร้างและได้เสนอแนะให้ทำการประเมิน องค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. การประเมินสิ่งที่มีอยู่ก่อน (Antecedents) ประเมินสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่กับการดำเนินการใช้หลักสูตรหรือ สภาพเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินโครงการ
2. การประเมินกระบวนการ (Transactions) การประเมินเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้เรียนกับผู้เรียน ประเมินกิจกรรมการดำเนินการ กิจกรรมที่ปฏิบัติ
3. การประเมินผลผลิต (Outcomes) ประเมินความสามารถด้านต่างๆ ของผู้เรียนหรือผลของการนำโครงการไปปฏิบัติ

3. รูปแบบการประเมินหลักสูตรของโพรวัส (Provus, Discrepancy Evaluation Model) (เสวตาภรณ์ ตั้งวันเจริญ. 2553: ออนไลน์) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ตั้งเกณฑ์มาตรฐาน (Standard-S) โดยผู้ประเมินหลักสูตรจะกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของสิ่งที่ต้องการวัดว่าต้องการในระดับใด
2. รวบรวมผลการปฏิบัติ (Performance-P) ในขั้นนี้ผู้ประเมินจะเก็บรวบรวมข้อมูลของสิ่งต่างๆ ให้มากพอที่จะนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้
3. นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (Compare-C) โดยนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 2 ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในข้อ 1
4. จำแนกความแตกต่าง (Discrepancy-D) ระหว่างผลการปฏิบัติกับเกณฑ์มาตรฐาน
5. ทำการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการตัดสินใจที่จะดำเนินการอย่างไรอย่างหนึ่งเกี่ยวกับหลักสูตรนั้น ซึ่งอาจจะเป็นการยกเลิกหรือแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้มีคุณภาพดีขึ้นก็ได้

4. รูปแบบการประเมินหลักสูตรของกาว (Doris T. Gow)

แนวคิดการประเมินหลักสูตรของกาว เกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบภายใน โดยเสนอกระบวนการประเมินหลักสูตรเป็น 2 ขั้นตอน คือ (Doris T. Gow. 1976: 39)

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์หลักสูตร โดยพิจารณาองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) โอกาสการเรียนรู้ 2) สิ่งเร้า 3) โครงสร้างของหลักสูตร 4) สภาพการเรียนรู้การสอน

ขั้นที่ 2 การตัดสินใจคุณภาพของหลักสูตร นำข้อมูลในขั้นที่ 1 มาพิจารณาเปรียบเทียบกับหลักการทฤษฎีทางการศึกษา และทางจิตวิทยา จุดเด่นเป็นการตัดสินใจคุณภาพหลักสูตรโดยใช้หลักการทฤษฎีทางการศึกษาและทางจิตวิทยาเป็นหลัก ไม่ใช้ความคิดเห็นของผู้วิเคราะห์

สรุปได้ว่า การประเมินหลักสูตร หมายถึง การวิเคราะห์และพิจารณาตัดสินคุณค่าของหลักสูตรนั้นว่าคุณภาพดีเพียงใด หรือได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีส่วนใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ข้อมูลที่ได้จากการประเมินหลักสูตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณค่าสูงขึ้น อันจะเป็นผลในการนำหลักสูตรไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งมีแนวทางการประเมินหลักสูตรหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบการประเมินหลักสูตรของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler) เป็นการประเมินหลักสูตรที่มุ่งเน้นการศึกษาสัมฤทธิ์ผลที่ได้จากการใช้หลักสูตรพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกันขององค์ประกอบหลักสูตร 3 ส่วน คือ จุดมุ่งหมายทางการศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้ และสัมฤทธิ์ผลของการเรียน โดยพิจารณาจากการบรรลุผลสำเร็จ

ของจุดมุ่งหมายทางการศึกษาที่ตั้งไว้ การประเมินหลักสูตรของสเตค (Robert E. Stake) ได้เสนอแนะให้ทำการประเมินองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การประเมินสิ่งที่มีอยู่ก่อน การประเมินกระบวนการ การประเมินผลผลิต และรูปแบบการประเมินหลักสูตรของ โพรวัส (Provus, Discrepancy Evaluation Model) โดยตั้งเกณฑ์มาตรฐาน รวบรวมผลการปฏิบัติ นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์จำแนกความแตกต่างและทำการตัดสินใจเกี่ยวกับหลักสูตรนั้น ซึ่งรูปแบบการประเมินหลักสูตรของ รัลฟ ไทเลอร์ (Ralph W. Tyler); สเตค (Robert E. Stake); และโพรวัส (Provus, Discrepancy Evaluation Model) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล ด้านหลักสูตรและการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ประเมินหลักสูตรก่อนนำหลักสูตรไปทดลองใช้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรม

2.1 ความหมายของการฝึกอบรม

การฝึกอบรม เป็นการถ่ายทอดความรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญ ความสามารถ และทัศนคติในทางที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานและภาระหน้าที่ต่าง ๆ ในปัจจุบันและอนาคตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และไม่ว่าการฝึกอบรมจะมีขึ้นที่ใดก็ตามวัตถุประสงค์ก็ คือ เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน หรือเพิ่มขีดความสามารถในการจัดรูปขององค์การ นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของหลักสูตรฝึกอบรม ไว้ดังนี้

คิงส์เบอรี่ (Kingsbery. 1975: 58) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นความพยายามขององค์การที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของคนงานไปในทางที่พัฒนาขึ้น ทั้งทางด้านทัศนคติ ทักษะ ความรู้ ความคิด และยังรวมไปถึงการช่วยขจัดความกังวลใจ ข้อข้องใจ และปัญหาต่างๆ ในการทำงานให้หมดไป

โกลด์สทีน (Goldstein. 1993: 57) กล่าวว่า การฝึกอบรม คือ กระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างหรือเพิ่มพูนความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และเจตคติ (attitude) ของบุคลากรอันจะช่วยปรับปรุงให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

กิตติ พัทธวิทย์ (2544: 445) กล่าวว่า การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของปัญหาเพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและเปลี่ยนเจตคติของบุคลากร และสามารถนำประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้แก้ปัญหาของงานที่ทำอยู่ให้บรรลุความสำเร็จตามความต้องการขององค์การ

เครือวัลย์ ลีมอภิชาติ (2544: 4) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมเรียนรู้เฉพาะอย่างของบุคคลเพื่อปรับปรุงและเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะหรือความชำนาญ และเจตคติที่ดีเหมาะสมจนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติ เพื่อการปฏิบัติงานในหน้าที่เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานให้สูงขึ้น และทำให้บุคลากรมีความก้าวหน้าในงาน

ยงยุทธ เกษสาคร (2544: 7) กล่าวว่า การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนาองค์การโดยอาศัยการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน มีการวางแผนที่ดี และเป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง โดยไม่มีการหยุดยั้ง ซึ่งการกระทำทั้งหมดก็เพื่อความมุ่งหมายในการเพิ่มพูนความรู้ และเพิ่มพูนทักษะ รวมถึงการปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม

สมชาติ กิจยรรยง (2545: 15) กล่าวว่า การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการที่จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความรู้ เกิดความเข้าใจ เกิดความชำนาญ และเกิดเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกระทั่งสามารถทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ

สุภาพร พิศาลบุตร และยงยุทธ เกษสาคร (2545: 107) กล่าวว่า หลักสูตรฝึกอบรม เป็นการประมวลความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดให้ผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เจตคติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วิยะดา รัตนสุวรรณ (2547: 69) กล่าวว่า หลักสูตรฝึกอบรม หมายถึง ประมวลความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดให้ผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

สุริยา เหมตะศิลาปะ (2553: 2-3) กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หมายถึง การจัดแผนสำหรับจัดเตรียมชุดของโอกาสในการเรียนรู้ของบุคคลที่จะได้รับการฝึกอบรม ประกอบด้วย จุดมุ่งหมายและชุดของประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้วางแผนและให้แนวทางไว้ เพื่อให้ผู้อบรมได้เรียนรู้จนมีความรู้ มีทักษะ มีเจตคติที่ดีและมีความสามารถในการจัดการตามเป้าหมายที่วางไว้

สรุปได้ว่า การฝึกอบรม หมายถึง การจัดกระบวนการเรียนรู้ โดยอาศัยการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน มีการวางแผนที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

2.2 ความสำคัญของการฝึกอบรม

การฝึกอบรมเป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้บุคลากรมีคุณภาพทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพราะการฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดีซึ่งการฝึกอบรมเป็นการผสมผสานระหว่างข้อมูลข่าวสารใหม่ๆและประสบการณ์ ทำให้เกิดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร และทำให้ผู้รับการอบรมมีโอกาสเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง (สุภาพร พิศาลบุตร; และยงยุทธ เกษสาคร. 2545: 35)

ยุพาศรี ไพรวรรณ (2553: 23) กล่าวว่า งานฝึกอบรมมีความจำเป็นและสำคัญต่อองค์กรต่างๆ ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยที่หน่วยงานนั้นๆ ต้องจัดโครงการฝึกอบรมให้ตรงกับความต้องการความจำเป็น ในรูปแบบที่เหมาะสมกับบุคลากร เวลางบประมาณ อุปกรณ์ต่างๆ ในบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม ที่จะทำให้การพัฒนาบุคลากรบรรลุเป้าหมาย ความสำคัญของการฝึกอบรมมีดังนี้

1. บุคลากรใหม่ที่มาทำงาน ซึ่งยังไม่อยู่ในสภาพที่จะปฏิบัติงานในองค์กรที่มีประสิทธิภาพได้ ต้องมีการสอนงาน อบรม เพื่อปรับความรู้ที่เรียนมาให้สามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานในองค์กรได้ เพราะองค์กรแต่ละแห่งมีลักษณะงานเฉพาะตัว

2. เพื่อการเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าและชื่อเสียงขององค์กร ทำให้องค์กรพร้อมที่จะแข่งขัน เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัยและทันเหตุการณ์เสมอ

3. องค์กรจะดำรงอยู่ต้องมีความเจริญก้าวหน้า ขยายกิจการในด้านการขาย การผลิต การบริการที่เติบโตกว้างขวาง ต้องการสร้างบุคลากรที่มีความสามารถไปประจำรับภาระหน้าที่ต้องสร้าง บุคลากรเพื่อทดแทน เพิ่มเติมเข้าประจำตำแหน่งตามขนาดของงานที่ขยายพร้อมทั้งเตรียมบุคลากร ในการเลื่อนตำแหน่ง โยกย้าย ลาออก

4. สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้าน ทั้งสังคม การเมือง เศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ชุมชนที่เปลี่ยนไป สามารถใช้เครื่องมือเครื่องใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. บุคลากรปฏิบัติงานในองค์กรเป็นเวลานาน เมื่ออยู่กับงานนานๆ จะเกิดความจำเจ เบื่อหน่าย ท้อถอย จึงจำเป็นต้องจัดให้เข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา เป็นลักษณะการอบรม เพื่อการพัฒนา เรียกว่า บัดฝุ่น (brush up) เป็นการกระตุ้นบำรุงขวัญ สร้างบรรยากาศในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

6. องค์กรต้องการวางแผนพัฒนาตำแหน่งของบุคลากร เช่น งานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถพิเศษ งานเทคนิค วิชาการ หรือแม้แต่งานบริหารซึ่งต้องใช้เวลาในการเตรียมและฝึกอบรม

อาชัญญา รัตนอุบล (2540: 8) กล่าวว่า การฝึกอบรมมีความสำคัญ และจำเป็นในการ พัฒนาประชากรและบุคลากร ซึ่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยสรุปได้ดังนี้

1. การฝึกอบรมช่วยป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการสร้างเสริมความรู้ที่ถูกต้อง
2. การฝึกอบรมเป็นกรรมวิธีช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว โดยการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาและฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหานั้นๆ
3. การฝึกอบรมช่วยประหยัดรายจ่าย เพราะการฝึกอบรมเป็นกรรมวิธีที่จัดขึ้น ในระยะเวลาสั้น ภายในงบประมาณจำกัดและได้ผลคุ้มค่าตามวัตถุประสงค์
4. การฝึกอบรมเป็นกรรมวิธีที่จะช่วยให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้เพิ่มเติมประสบการณ์ใหม่ ซึ่งอาจจัดในเวลาเรียนตามปกติ หรือในวันหยุดสุดสัปดาห์ก็ได้
5. การฝึกอบรมเป็นกรรมวิธีที่ก่อให้เกิดความสามัคคี เนื่องจากผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน แก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน
6. การฝึกอบรมเป็นกรรมวิธีที่ช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความเชื่อมั่นในงาน กล่าวที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรค
7. การฝึกอบรมเป็นวิธีการที่สนับสนุนการศึกษาตลอดชีวิต

วิยะดา รัตนสุวรรณ (2547: 79) กล่าวว่า การฝึกอบรมมีความสำคัญเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการทำงานเฉพาะอย่าง อาจจำแนกวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรมได้ 4 ประการที่เรียกย่อๆ ว่า KUSA ดังนี้

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge ; K) ให้มีความรู้ หลักการ ทฤษฎีแนวคิดในเรื่องที่อบรมเพื่อนำไปใช้ในการทำงาน
2. เพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจ (Understand ; U) เป็นลักษณะที่ต่อเนื่องจากความรู้ กล่าวคือ เมื่อรู้ในหลักการและทฤษฎีและสามารถตีความ แปลความ ขยายความ และอธิบายให้คนอื่นทราบได้รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ได้
3. เพื่อเพิ่มพูนทักษะ (Skill ; S) ทักษะ คือ ความชำนาญหรือความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานได้อย่างหนึ่งได้โดยอัตโนมัติ เช่น การใช้เครื่องมือต่างๆ เป็นต้น
4. เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude ; A) ทัศนคติ หรือความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งต่างๆ การฝึกอบรมมุ่งให้เกิดหรือเพิ่มพูนความรู้ที่ดีๆต่อองค์กร ต่อผู้บังคับบัญชา ต่อเพื่อนร่วมงาน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เช่น ความจงรักภักดีต่อองค์กร ความภาคภูมิใจ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การฝึกอบรมมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับทุกองค์กร เพราะเป็นกระบวนการเพิ่มพูนศักยภาพในการทำงานให้กับบุคลากรในองค์กรนั้นๆ ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการทำงาน ทำให้บุคลากรมีความเชื่อมั่นในการทำงานมากขึ้น โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการฝึกอบรมเพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและเกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีของนักศึกษาพยาบาลในอนาคตได้

2.3 ประเภทของการฝึกอบรม

การฝึกอบรมบุคลากรเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาบุคลากรและองค์กร ซึ่งแต่ละคนมีความจำเป็นตามสภาพการปฏิบัติงาน สามารถฝึกอบรมได้หลายวิธี ทั้งโดยอาศัยสถาบันการศึกษาทั่วไปและหน่วยงานบางแห่ง หรืออาจจัดตั้งโรงเรียนเฉพาะสถาบันขึ้นก็ได้

วิจิตร อาวะกุล (2540: 82-87) ได้แบ่งประเภทของการฝึกอบรมออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้

1. การฝึกอบรมก่อนการทำงาน (Pre-Service Training) หมายถึง การศึกษาวิชาความรู้พื้นฐานในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ซึ่งจัดการศึกษา จัดหลักสูตรให้สนองความต้องการของตลาดแรงงาน
2. การอบรมปฐมนิเทศ (Orientation) เป็นการอบรมให้แก่บุคลากรที่เข้าทำงาน เป็นการขจัดข้อสงสัยต่างๆ ของผู้ปฏิบัติงานใหม่ รวมทั้งช่วยให้เกิดความอบอุ่นทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงมีขวัญกำลังใจสูงขึ้น รู้สึกมีส่วนร่วม เกิดความเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม
3. การฝึกอบรมก่อนเข้าทำงาน (Induction Training) เป็นการเพิ่มพูนความชำนาญและประสบการณ์เบื้องต้นของสาขา โดยเป็นการฝึกอบรมด้านเทคนิคหรือวิธีการทำงานเฉพาะเรื่อง

4. การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงานหรือประจำการ (In-Service Training) เป็นการจัดการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในหน้าที่ให้มากขึ้น

5. การฝึกอบรมเฉพาะเรื่อง เฉพาะวิชา (Specific Training) เป็นการอบรมเทคนิคปลีกย่อยหรือรายละเอียดเฉพาะเรื่องที่ทำเป็นพิเศษของหน่วยงาน เพื่อเสริมงานหลักให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

6. การอบรมพิเศษ (Special Training) เป็นการอบรมนอกเหนือจากการอบรมหลักขององค์กร หรือเป็นการอบรมเพื่อประโยชน์ของสังคมส่วนรวม เป็นการร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสังคมและชุมชน เป็นต้น

นงลักษณ์ สิ้นสืบผล (2542: 36-34) กล่าวว่า การฝึกอบรมมีหลายประเภท ดังนี้ 1) การอบรมปฐมนิเทศ (Orientation) 2) การให้ทดลองทำงาน (on the job training) 3) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill Training) 4) การฝึกอบรมระดับหัวหน้างาน (Supervisory Training) 5) การฝึกอบรมระดับการจัดการ (Managerial Training) 6) การฝึกฝนตนเอง (Self Training)

วิยะดา รัตนสุวรรณ (2547: 80) ได้ศึกษารวบรวมประเภทของการฝึกอบรม ดังนี้

1. ประเภทของการฝึกอบรมโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นเกณฑ์ จำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1.1 การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับงาน (Technical Know How Training) จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับองค์กรที่มีการปรับเปลี่ยนลักษณะงาน ระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย วิธีการปฏิบัติต่างๆ หรือมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการทำงาน

1.2 การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ (Skill or Experiences Training) บุคลากรในแต่ละระดับขององค์กร อาจจะต้องใช้ทักษะในการทำงาน หรือต้องการทักษะเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่

2. ประเภทของการฝึกอบรมโดยการยึดระยะเวลาการทำงานเป็นเกณฑ์ แบ่งการฝึกอบรมเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การฝึกอบรมก่อนเข้าทำงาน (Pre-service Training) หมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรที่รับเข้าใหม่ได้มีความรู้ ความชำนาญ เกี่ยวกับงานในส่วนที่บุคคลจะต้องรับผิดชอบ ปฏิบัติงานก่อนที่จะเข้าทำงาน

2.2 การฝึกอบรมเมื่อได้เข้าทำงานแล้ว (In-service Training) หมายถึง การฝึกอบรมตั้งแต่แรกเริ่มที่บุคคลเข้าทำงานในองค์กร และเป็นการฝึกอบรมสำหรับผู้ที่กำลังปฏิบัติงานให้เกิดความเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเจตคติ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน (2532: ออนไลน์) ได้แบ่งประเภทของการฝึกอบรมโดยยึดหลักต่างๆ ดังนี้ คือ

1. แบ่งโดยยึดช่วงเวลาในการทำงานเป็นหลัก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 การฝึกอบรมก่อนประจำการ (Pre-Service Training) เป็นการฝึกอบรมซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมบุคลากรก่อนเข้ารับหน้าที่ เนื้อหาของการฝึกอบรมจะเน้นเรื่องที่สำคัญในการปฏิบัติงานอย่างละเอียดทุกด้าน ซึ่งมักจะรวมถึงการสร้างทักษะในการปฏิบัติงานได้ด้วย

1.2 การฝึกอบรมระหว่างประจำการ (In-Service Training) เป็นการฝึกอบรมซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ทักษะคิดแก้ปัญหาผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. แบ่งโดยยึดลักษณะวิธีการฝึกอบรมเป็นหลัก

2.1 การฝึกปฏิบัติงานปกติในที่ทำการ (On the Job Training หรือ Desk Training) เป็นการฝึกอบรมระหว่างการปฏิบัติงานจริง ๆ โดยให้ผู้เข้าอบรมทำงานตามปกติแล้วมีผู้คอยกำกับดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง การฝึกอบรมแบบนี้ มักจะเป็นการปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงาน ซึ่งมีผู้เขียนระบุถึงขั้นตอน และรายละเอียดในการปฏิบัติงานนั้น ๆ ไว้แล้ว

2.2 การฝึกอบรมนอกสถานที่ทำงาน (Off the Job Training) มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมให้ผู้เข้าอบรมพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ทันที หากใช้การอบรมระหว่างการปฏิบัติงานทันทีกรณีที่เป็นงานที่เสี่ยงต่อความเสียหายหรือเสี่ยงอันตราย การฝึกอบรมแบบนี้มักจะมีลักษณะที่เรียกว่าการฝึกอบรมแบบห้องเรียน (Classroom Training)

2.3 การฝึกอบรมแบบผสม คือ หลักสูตรการฝึกอบรมที่มีทั้งการฝึกอบรมขณะทำงาน และการฝึกอบรมนอกสถานที่ ทำงานประกอบกัน

3. แบ่งตามจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม

3.1 การฝึกอบรมเป็นรายคน เป็นการฝึกอบรมเฉพาะราย ตามความจำเป็นในการฝึกอบรมของบุคคลรายนั้น

3.2 การฝึกอบรมเป็นคณะ เป็นการฝึกอบรมให้กับกลุ่มบุคลากรซึ่งมีลักษณะความ
จำเป็นในการฝึกอบรมเหมือนกันทีละจำนวนมากๆ หรือที่เรียกว่า Class Room Training นั้นเอง

4. แบ่งตามลักษณะของเนื้อหาหลักสูตรฝึกอบรม ในกรณีที่มีการสำรวจหาความจำเป็นในการฝึกอบรมทั้งองค์กร แล้วพบว่ามีความจำเป็นจะต้องจัดฝึกอบรมหลักสูตรในเนื้อหาหลายด้านด้วยกัน จึงอาจมีการกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมในแต่ละด้าน

5. แบ่งตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มบุคลากรผู้เข้าอบรมในโครงสร้างขององค์การ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงลักษณะของเนื้อหาหลักสูตรที่จัดอบรมด้วย ได้แก่

5.1 การฝึกอบรมสำหรับบุคลากรแต่ละระดับตามแนวนอน เพื่อให้ความรู้ทั่วๆ ไป และแนวปฏิบัติอย่างกว้างๆ ซึ่งบุคลากรในระดับดังกล่าว ควรจะทราบหรือสามารถปฏิบัติได้

5.2 การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรตามแต่งตั้งขององค์กร เป็นการฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้หรือสร้างความสามารถเฉพาะสำหรับบุคลากร ในแต่ละตำแหน่งหรือสายงาน โดยใช้หลักสูตรซึ่งกำหนดขึ้นโดยเฉพาะตามความจำเป็น

6. แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

6.1 การฝึกอบรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมาแล้ว และเป็นที่ปรากฏชัดแจ้งว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการฝึกอบรม จึงได้มีการจัดการฝึกอบรมขึ้น

6.2 การฝึกอบรมเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความจำเป็นในการฝึกอบรมประเภทนี้ มักเกิดขึ้นเมื่อมีแผน เพื่อป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

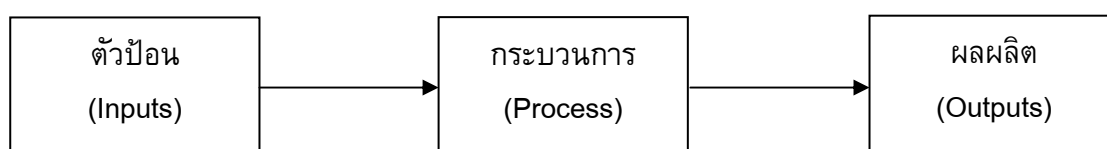
6.3 การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพสูงขึ้นในระยะยาว หมายถึงในระยะยาวมุ่งที่จะพัฒนางานและพัฒนาบุคลากร เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศขององค์กรโดยรวม จึงจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมขึ้นอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงทั้งองค์กร

สรุปได้ว่า การฝึกอบรมมีหลายประเภท ได้แก่ การฝึกอบรมโดย 1) ยึดช่วงเวลาในการทำงานเป็นหลัก 2) ยึดลักษณะวิธีการฝึกอบรม 3) ยึดตามจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม 4) ยึดตามลักษณะของเนื้อหาหลักสูตร 5) ยึดตามลักษณะกลุ่มเป้าหมาย 6) ยึดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ในการวิจัยครั้งนี้ จัดการฝึกอบรมในช่วงเวลาก่อนที่นักศึกษาพยาบาลจะขึ้นฝึกปฏิบัติงานในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ที่มีลักษณะเนื้อหาวิชา และลักษณะการดูแลผู้ป่วยใกล้เคียงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพราะเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นพื้นฐาน จะทำให้การเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจได้ง่ายขึ้น และหลักสูตรการฝึกอบรมนี้เป็นการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาล มีสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นหลักสูตรที่สอนเสริมจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

2.4 กระบวนการฝึกอบรม

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการ (Process) ที่จะต้องมีการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบในแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญ ทั้งนี้การฝึกอบรมจะพิจารณาถึงปัจจัยนำเข้า (Inputs) การดำเนินงานที่มีกระบวนการ (Process) มีผลผลิต (Outputs) และมีข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) อย่างต่อเนื่อง

เฮรอน, บ็อบ (2528: 10-15) กล่าวว่า การฝึกอบรม คือ ระบบๆ หนึ่งที่ประกอบด้วย ตัวป้อน (Inputs) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Outputs) ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ส่วนประกอบการฝึกอบรม

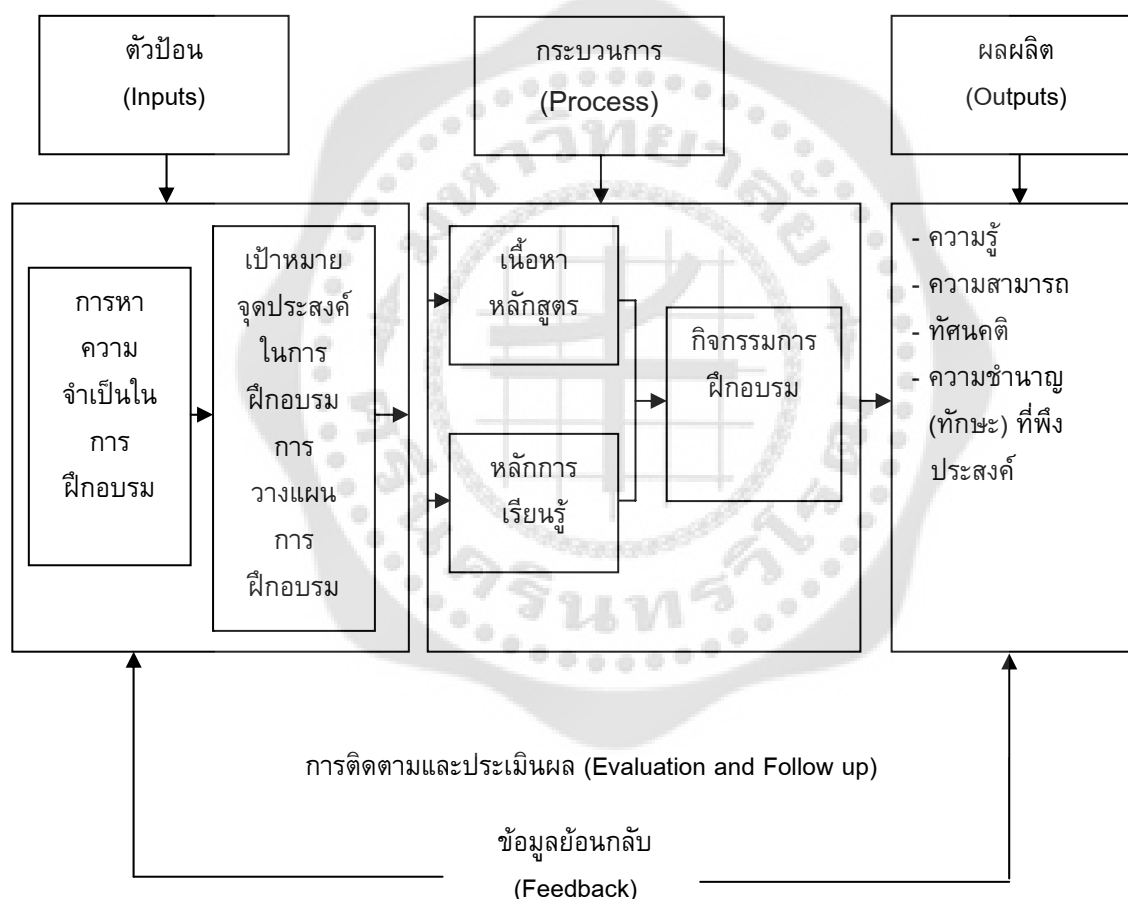
ที่มา: เฮรอน, บ็อบ. (2528). “การฝึกอบรม (Training).” วารสารการบริหารคน. หน้า 12.

จากภาพประกอบ 6 ตัวป้อน (input) หมายถึง สิ่งที่ใช้เข้าไปในกระบวนการแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) หมายถึง คน หรือผู้เข้ารับการฝึกอบรม
2. สิ่งที่ไม่ใช่ทรัพยากรมนุษย์ (Non-Human Resources) หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบการฝึกอบรม เช่น เครื่องฉายข้ามศีรษะ โต๊ะ เก้าอี้ ห้องฝึกอบรม เป็นต้น

กระบวนการ (process) หมายถึง วิธีการฝึกอบรม เช่น การบรรยาย การประชุมกลุ่ม การสัมมนา การเยี่ยมชมสถานประกอบการ แบบฝึกหัดการทดลอง ลงมือปฏิบัติ

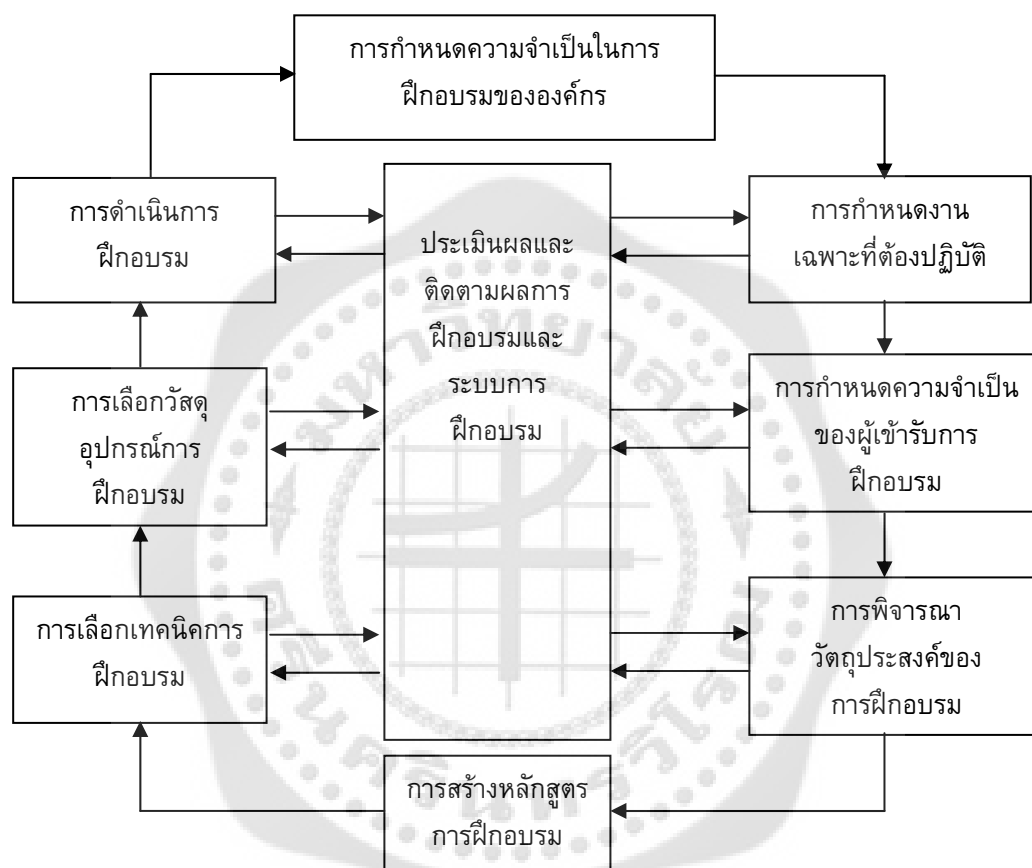
ผลผลิต (output) หมายถึง ผลได้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมอาจเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ ทักษะและทัศนคติ ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ระบบการฝึกอบรม

ที่มา: โกวิทย์ พวงงาม. (2534). "หลักและกระบวนการดำเนินการฝึกอบรม สำหรับเจ้าหน้าที่ฝึกอบรม ฉบับกระเป๋านักเรียน." วารสารพัฒนาชุมชน. หน้า 57-65.

นาดเลอร์ (Nadler. 1982: 112) ได้เสนอรูปแบบการฝึกอบรมและพัฒนาที่เรียกว่า The Critical Events Model ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) หาความจำเป็นในการฝึกอบรมขององค์กร 2) กำหนดงานเฉพาะที่ต้องปฏิบัติ 3) กำหนดความจำเป็นของผู้เข้ารับการฝึกอบรม 4) พิจารณาวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม 5) สร้างหลักสูตรฝึกอบรม 6) เลือกเทคนิคการฝึกอบรม 7) เลือกอุปกรณ์หรือสื่อในการฝึกอบรม 8) ดำเนินการฝึกอบรม 9) ประเมินและติดตามผลในการฝึกอบรม ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ระบบการฝึกอบรม The Critical Events Model (Nadler. 1982)

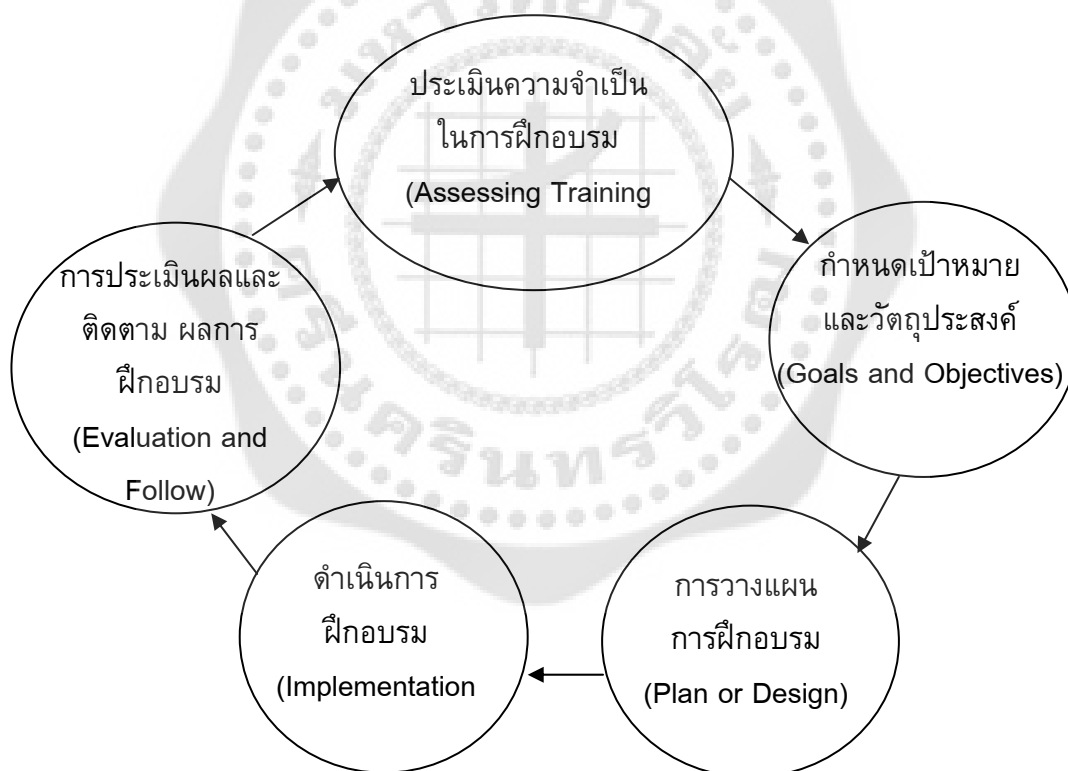
ที่มา: ยุพาศรี ไพวรรณ. (2553). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการสอนกิจกรรมแนะแนว.

กระบวนการฝึกอบรม จากการสังเคราะห์แนวคิดของเชน (Chen. 1995: ออนไลน์) พอนท์ (Pont. 1995: 167-171) วิลสัน (Wilson. 1995: 24-25) และชูชัย สมิทธิไกร (2548: 140-150) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม โดยกำหนดเป้าหมายว่า การฝึกอบรม จะต้องเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้รับการอบรม ให้เป็นไปในทางใด และระดับใด การกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม จะต้องอาศัยข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์ความต้องการในการฝึกอบรมด้วย

2. องค์ประกอบของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ของหลักสูตร 2) เนื้อหาสาระ 3) วิธีสอนและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 4) สื่อประกอบการอบรม 5) การวัดผลและประเมินผล
3. การกำหนดระยะเวลาของหลักสูตรฝึกอบรมและจัดเตรียมสื่อประกอบการอบรม
4. การดำเนินการอบรม ซึ่งจะมีวิธีการฝึกอบรมอยู่ด้วยกันหลายวิธี โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ การเลือกใช้วิธีการฝึกอบรม เช่น กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ภูมิหลังของผู้รับการอบรม การปฏิบัติงานจริง เป็นต้น
5. การประเมินผลการอบรม คือ การประเมินว่า การฝึกอบรมที่ได้ดำเนินการไปนั้น บรรลุวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด
6. ให้ข้อมูลย้อนหลังและปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้หลักสูตรมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โกวิทย์ พวงงาม (2534: 57-65) กล่าวว่า กระบวนการฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การฝึกอบรมประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 กระบวนการฝึกอบรม

ที่มา: โกวิทย์ พวงงาม. (2534). “หลักและกระบวนการดำเนินการฝึกอบรม สำหรับเจ้าหน้าที่ฝึกอบรม ฉบับกระเป๋านักเรียน.” วารสารพัฒนาชุมชน. หน้า 57-65.

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2537: 59) กล่าวว่า กระบวนการฝึกอบรมมี 5 ขั้นตอนคือ
1) การวิเคราะห์งานที่ต้องเรียนรู้ 2) การเลือกเนื้อหา 3) การกำหนดรูปแบบการฝึกอบรม 4) การจัด
ประสบการณ์การเรียนรู้ 5) การประเมินผลการเรียนรู้

เกศริน มนูญผล (2549: 46) กล่าวว่า กระบวนการฝึกอบรมที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน
คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาหลักสูตร 3) การกำหนด
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร 4) การคัดเลือกเนื้อหาสาระ 5) การคัดเลือกยุทธศาสตร์การฝึกอบรม
และ 6) การเลือกวิธีการวัดและประเมินผล

สมคิด บางโม (2551: 19-21) กล่าวว่า กระบวนการฝึกอบรม หรือขั้นตอนการปฏิบัติที่จะ
ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะ หรือความชำนาญ ตลอดจน
ประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
ซึ่งสมคิด บางโม ได้กล่าวถึงกระบวนการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การหาความจำเป็นในการฝึกอบรม เป็นการศึกษาปัญหาหรือความต้องการ
ของหน่วยงาน โดยการวิเคราะห์งานเพื่อกำหนดจุดมุ่งหมาย เนื้อหา และวิธีการฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างหลักสูตรการฝึกอบรม เป็นการจัดสร้างหลักสูตรฝึกอบรมให้เหมาะสม
กับแนวทางแก้ไขปัญหขององค์กร ส่วนประกอบของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) ชื่อหลักสูตร
2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) ประสบการณ์การเรียนรู้ 5) แนวทางการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบโครงการฝึกอบรม โดยเขียนเป็นโครงการอย่างละเอียด
เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการอบรม

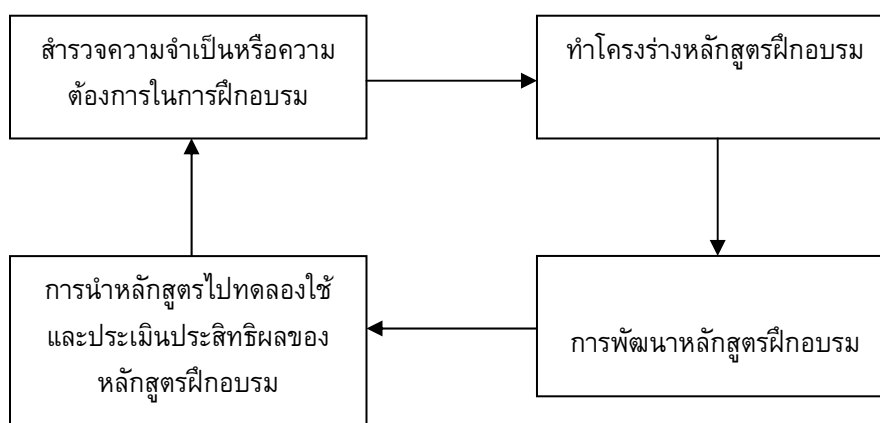
ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการฝึกอบรมเป็นการนำโครงการที่ได้รับอนุมัติมาแล้วดำเนินการ
ฝึกอบรม ซึ่งต้องการบริหารโครงการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ คือ การเตรียมการก่อน
การฝึกอบรม 2) ระยะฝึกอบรม คือ ตั้งแต่วันแรกของการฝึกอบรมจนถึงวันสิ้นสุดการฝึกอบรม
3) ระยะหลังการฝึกอบรมแล้ว

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการฝึกอบรม เป็นการวัดและประเมินว่า การอบรมเป็นไป
ตามที่กำหนดไว้และบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

ตาราง 3 เปรียบเทียบกระบวนการฝึกอบรมตามแนวคิดของนักวิชาการ

นาร์ตเลอร์ (Nadler)	เชน (Chen)	โกวิทย์ พวงงาม	สมคิด บางโม	กุสุยา ตันติผลาชีวะ
1. หาความจำเป็น ในการฝึกอบรม ขององค์กร	1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร	1.ประเมินความจำเป็นในการฝึกอบรม	1. การหาความจำเป็นในการฝึกอบรม	1. การวิเคราะห์งานที่ต้องเรียนรู้
2. กำหนดงาน เฉพาะที่ต้องปฏิบัติ	2. กำหนดองค์ประกอบของหลักสูตร	2. กำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์	2. การสร้างหลักสูตรการฝึกอบรม	2. เลือกเนื้อหา
3. กำหนดความจำเป็นของผู้เข้ารับ การฝึกอบรม	3. การกำหนดระยะเวลา และจัดเตรียมสื่อประกอบการอบรม	3. การวางแผนการฝึกอบรม	3. การออกแบบโครงการฝึกอบรม	3. กำหนดรูปแบบการฝึกอบรม
4. พิจารณาวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม	4. การดำเนิน การฝึกอบรม	4. ดำเนินการฝึกอบรม	4. การดำเนิน การฝึกอบรม	4. การจัดประสบการณ์
5. สร้างหลักสูตรฝึกอบรม	5.การประเมินผลการอบรม	5.การประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรม	5.การประเมิน ผลการฝึกอบรม	5. การประเมินผลการเรียนรู้
6. เลือกเทคนิคการฝึกอบรม	6.ให้ข้อมูลย้อนหลังและปรับปรุงหลักสูตร			
7. ดำเนินการฝึกอบรม				
8. ประเมินและติดตามผลในการฝึกอบรม				

สรุปได้ว่า กระบวนการฝึกอบรมมีความสำคัญที่ผู้ดำเนินการฝึกอบรมจะ ต้องทำความเข้าใจ เพื่อให้การจัดฝึกอบรมดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย และประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ซึ่งการฝึกอบรมนั้นต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายจึงจำเป็น ต้องมีขั้นตอนในการดำเนินการที่เป็นระบบและเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้มีกระบวนการฝึกอบรม 4 ขั้นตอน ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 ขั้นตอนการฝึกอบรม

2.5 การประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายประสิทธิภาพว่า หมายถึง ความสามารถที่ทำให้เกิดผลในงาน และประสิทธิผล หมายถึง ผลสำเร็จ ผลที่เกิดขึ้น (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546: 511) ส่วนพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด ให้ความหมายของประสิทธิผลว่า หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (วารุณี อัครโกศล. 2554: 32)

2.5.1 ประสิทธิผลของการฝึกอบรม

เพื่อให้การฝึกอบรมมีประสิทธิผล และประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังกล่าว นักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมไว้ ดังนี้

ทวีป อภิสิทธิ์ (2536: 28-31) การฝึกอบรมที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานที่สำคัญ 3 ประการด้วยกัน คือ 1) มนุษย์แตกต่างกันโดยพื้นฐาน การฝึกอบรมจึงเป็นไปตามความต้องการของผู้เข้ารับการฝึกอบรมโดยหลีกเลี่ยงการบังคับ 2) มนุษย์ทุกคนมีความสามารถและศักยภาพในตัวเอง ดังนั้น การฝึกอบรมจึงต้องหาวิธีที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้แสดงความสามารถและศักยภาพของตนเองออกมา 3) โดยธรรมชาติของมนุษย์จะมีความต้องการในการพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นอยู่แล้ว กระบวนการฝึกอบรมจึงเป็นการช่วยในบุคคลได้พัฒนาตนเองในแนวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร การฝึกอบรมจึงต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

วิจิตร อาวะกุล (2540: 82-87) กล่าวว่า หลักการจัดการฝึกอบรมเพื่อให้ได้ผลสำเร็จ มีส่วนที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. การคัดเลือกและจัดบุคลากรที่จะเข้ารับการฝึกอบรมให้เหมาะสม โดยจัดเป็นกลุ่มที่มีระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน อาจพิจารณาจากระดับความรู้ อายุ ตำแหน่งหน้าที่หรืออื่นๆ ที่เป็นพื้นฐานสำคัญ เพื่อให้ได้บุคลากรตรงตามวัตถุประสงค์ ความมุ่งหมายของการฝึกอบรม

2. การจัดหลักสูตรให้เหมาะสมกับความต้องการในการอบรม เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงถาวรในการทำงานได้ ซึ่งวิชาในหลักสูตรต้องกำหนดวัตถุประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษรมีรายละเอียดหรือสาระสำคัญของวิชา และสามารถตอบสนองหรือแก้ปัญหาตามวัตถุประสงค์การฝึกอบรม โดยใช้ระยะเวลาที่เหมาะสม

3. การคัดเลือกวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการอบรม ประสบการณ์ กลวิธี ถ่ายทอดความรู้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในตัวผู้เข้ารับการอบรม

4. การดำเนินการจัดการฝึกอบรม หมายถึง การจัดเตรียมการต่างๆ รวมทั้งสถานที่อบรม อุณหภูมิเหมาะสม ห้องพัก เครื่องดื่ม อาหาร รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นสิ่งจูงใจในการต้องการมาเข้ารับการฝึกอบรมในโอกาสต่อไป

สมชาติ กิจรยาง (2551: 78-79) กล่าวว่า เทคนิคการจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพและลักษณะของโครงการที่ดี ควรคำนึงสิ่งต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ฟัง ผู้ที่จะเข้ารับการฝึกอบรมจะมีความแตกต่างกัน ผู้จัดทำโครงการฝึกอบรมจะต้องนำไปวิเคราะห์ เป็นข้อมูลในการกำหนดสิ่งต่างๆในหลักสูตรฝึกอบรม

2. สถานที่ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดฝึกอบรมจะมีอิทธิพลต่อการฝึกอบรม

3. บรรยากาศและแรงจูงใจ การฝึกอบรมที่ดีจะต้องมีบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การร่วมมือในกิจกรรมการอบรม การจูงใจให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วม มีความตื่นตัวให้ผู้เข้ารับการอบรมอยากที่จะเรียนรู้

4. จิตวิทยาการเรียนรู้ ซึ่งต้องคำนึงถึงการรับรู้ ความจำ ตลอดจนเรื่องที่ฝึกอบรมจะต้องสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานโดยตรง

5. ปัจจัยอื่นๆ เช่น เวลา ทรัพยากร และงบประมาณก็เป็นสิ่งที่ผู้จัดทำโครงการต้องพิจารณาเพื่อให้จัดทำโครงการได้เหมาะสม

ณัฐวรรณ นวมะรัตน์ (2553: ออนไลน์) กล่าวว่า ลักษณะของการฝึกอบรมที่ดีควรมีดังนี้

1. สามารถตอบสนองความจำเป็นขององค์กรได้ สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคข้อขัดข้อง ตลอดจนรองรับการขยายตัวของธุรกิจและความก้าวหน้าขององค์กรได้

2. สามารถสนองความจำเป็นของภารกิจที่เป็นปัญหาของบุคลากรได้

3. ต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่ต้องคำนึงอย่างถี่ถ้วนและถูกต้อง เพื่อการจัดเตรียมและกำหนดโครงการได้อย่างเหมาะสม

4. ต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และสอดคล้องกับความจำเป็นในการฝึกอบรม

5. มีการกำหนดวิธีการดำเนินการฝึกอบรม และวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับหลักสูตรและเหตุผล

6. ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการบริหารจากองค์กร

7. ต้องมีระยะเวลาดำเนินการที่ระบุวันเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการที่ชัดเจน

แทคจีอี และทาเยอร์ (McGehee; & Thayer. 1961: 124) กล่าวว่า ความสำเร็จและประสิทธิผลของโครงการฝึกอบรมว่า ประสิทธิผลของการฝึกอบรมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ คือ

ประการแรก องค์กรจะต้องถือว่าการฝึกอบรมเป็นหนทาง (means) ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (end) โดยที่หน่วยฝึกอบรมกระทำให้เกิดความรู้ ทักษะและความสามารถของพนักงาน

ประการที่สอง ฝ่ายบริหารขององค์กรจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ

ประการที่สาม ฝ่ายบริหารขององค์กรจะต้องมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับการพัฒนาและการจัดฝึกอบรมแบบมืออาชีพ

ประการสุดท้าย บรรยากาศภายในองค์กรควรมีลักษณะที่ส่งเสริมและสนับสนุนการฝึกอบรม กล่าวคือ ยอมรับและให้ความสำคัญต่อประโยชน์ของการฝึกอบรม ดังนั้น ฝ่ายบริหารจะต้องจัดโครงสร้างและระบบขององค์กร เพื่อให้บุคลากรรู้สึว่าการฝึกอบรมมีความหมายต่อความก้าวหน้าในอาชีพการงานของตน

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการฝึกอบรม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการฝึกอบรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยวัดจากการประเมินผลการฝึกอบรม พิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรมกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดเอาไว้ การตรวจสอบประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน รูปแบบการทดลองเป็นแบบ One-Group Pretest-Posttest Design โดยวัดความรู้ ทักษะ และเจตคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.5.2 การประเมินผลการฝึกอบรม

การประเมินผลการฝึกอบรม ถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการฝึกอบรม ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการประเมินผลเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบ เพื่อประเมินความสำเร็จของการฝึกอบรมว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของการฝึกอบรมได้มากน้อยเพียงใด ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ เกิดทักษะ หรือเจตคติตามที่ต้องการหรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขโครงการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการประเมินผลการฝึกอบรมมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (Robinson; & Robinson.1989) 1) ตรวจสอบว่าการฝึกอบรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ 2) ค้นหาข้อดีและข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไข 3) ตรวจสอบความคุ้มค่าของการฝึกอบรม 4) วินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมใดได้รับประโยชน์มากที่สุดและน้อยสุด

2.5.2.1 ความหมายการประเมินผลการฝึกอบรม

การประเมินผลการฝึกอบรมมีนักการศึกษาหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

พงศ์ หรดาล (2539: 290) กล่าวว่า การประเมินผลการฝึกอบรม หมายถึง ความพยายามมุ่งจะประเมินค่าของการฝึกอบรมที่ได้ดำเนินการไปนั้น ว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

อย่างไร มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด โดยอาศัยวิธีการอย่างเป็นระบบ กระทำ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเรียนรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการทำงานหรือต่อองค์กรหรือไม่ การประเมินผลการฝึกอบรมอาจกระทำในแง่ของการเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย หรือวัดในด้านคุณภาพและปริมาณ เช่น ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแล้วสามารถทำงานได้เพิ่มขึ้นและผลงานมีคุณภาพมากกว่าเดิม ค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนการผลิตลดลง สถิติการขาดงาน การลางาน การออกจากงาน หรืออุบัติเหตุลดน้อยลง และข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ สามารถวัดออกมาในรูปของตัวเลข ข้อมูลทางสถิติ หรือวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative approach)

สมชาติ กิจยรรยง และอรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง (2539: 271) กล่าวว่า การประเมินการฝึกอบรม หมายถึง การวัดและค้นหาคุณค่าที่ได้จากการฝึกอบรม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ให้แก่ผู้บริหารและผู้จัดการฝึกอบรมเพื่อเป็นการควบคุมปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร

พัฒนา สุขประเสริฐ (2541: 54) กล่าวว่า การประเมินผลฝึกอบรม หมายถึง การดำเนินงานเพื่อพิจารณาวินิจฉัยว่าโครงการฝึกอบรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ โดยวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมนั้นต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยพฤติกรรมที่ต้องการให้เปลี่ยนนั้น อาจเป็นเพียงลักษณะเดียว สองลักษณะหรือทั้งสามลักษณะประกอบกันก็ได้

สรุปได้ว่า การประเมินผลการฝึกอบรม หมายถึง ประเมินคุณค่าของการฝึกอบรม เพื่อพิจารณาวินิจฉัยว่าการฝึกอบรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ โดยวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมนั้นต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยอาศัยวิธีการอย่างเป็นระบบ

2.5.2.2 รูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรม

การประเมินผลการฝึกอบรม อาจทำตามช่วงเวลาของการฝึกอบรม ได้แก่ ประเมินก่อนการฝึกอบรม ประเมินขณะดำเนินการฝึกอบรม และประเมินเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรม การประเมินผลการฝึกอบรม ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้รูปแบบของการประเมินผลการฝึกอบรมไว้ดังนี้

เอ็ดวาร์ด (Edward. 1967: 231) แบ่งรูปแบบของการประเมินผลการฝึกอบรม ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินผลปัจจัย เป็นการประเมินผลดูปัจจัยโครงการ เช่น โครงการนี้ใช้คน เงิน วัสดุ ตลอดจนในการปฏิบัติมากน้อยเพียงใดเพื่อเปรียบเทียบกับโครงการอื่นๆ
2. การประเมินผลการปฏิบัติ เป็นการศึกษาดูผลสำเร็จของโครงการหรือดูผลได้ของปัจจัยที่ใช้ไป เช่น จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในโครงการทางการศึกษา

3. ความสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติ หรือการวัดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของโครงการ คือ ดูว่าผลสำเร็จที่ได้จากโครงการนั้นสามารถตอบสนองความต้องการหรือบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด

4. การประเมินผลประสิทธิภาพ เป็นการประเมินคู่อัตราส่วนระหว่างผลสำเร็จปัจจัยนำเข้าเพื่อดูประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามโครงการ ซึ่งออกมาในรูปอัตราส่วนของประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นต้น

5. การประเมินผลกระบวนการ เป็นการวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงานของโครงการ และคุณสมบัติของโครงการ และจะต้องศึกษาความเหมาะสมในสถานที่ เวลา เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

เคิร์กแพททริก (Kirkpatrick. 1994: 210) ได้แบ่งลักษณะของรูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินผลจากปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อการฝึกอบรม ทั้งในด้านเนื้อหาสาระ วิทยากร การวัดและนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ในลักษณะที่เป็นความรู้สึก ข้อมูลที่ได้จะบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรม

2. การประเมินผลการเรียนรู้ เป็นการประเมินในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้เข้ารับการอบรมในลักษณะที่มีการพัฒนาจากเดิมเพียงไร สิ่งที่จะเป็นตัวบ่งชี้ผลการเรียนรู้ คือ ผลต่างระหว่างคะแนนสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม สำหรับวิธีการที่ใช้ในการประเมินการเรียนรู้ ทั้ง 3 ลักษณะ (ธเนศ ขำเกิด. 2556: ออนไลน์) มีดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้ การประเมินระดับความรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม คือ วัดความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง หลักการ วิธีการและกระบวนการทำงาน ตามเนื้อหาสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตรการฝึกอบรมที่วางไว้

2.2 ทักษะ การประเมินทักษะมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นหรือไม่ ให้แสดงหรือกระทำทักษะนั้นๆ ออกมา โดยผู้ฝึกอบรมจะคอยสังเกตและให้คะแนน เรียกว่า ทดสอบการปฏิบัติงานหรือการทดสอบความสามารถ มักทำในรูปแบบของการสร้างสถานการณ์จำลอง

2.3 เจตคติ เป็นการวัดความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงาน เป็นการประเมินผู้เข้ารับการอบรมว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานตามที่องค์การต้องการเพียงใด ซึ่งแนวทางในการประเมินพฤติกรรมมี ดังนี้

3.1 ประเมินพฤติกรรมอย่างเป็นระบบทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม

3.2 ควรเก็บข้อมูลจากกลุ่มต่างๆ ต่อไปอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม ได้แก่ ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน

3.3 ควรได้มีการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม

3.4 ควรจะประเมินการฝึกอบรมหลังสิ้นสุดโครงการแล้วอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีโอกาสนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้

4. การประเมินผลลัพธ์หรือผลกระทบ เป็นการประเมินดูผลการทำงานของ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กร เช่น ต้นทุนการผลิต อัตราการขาดงาน คุณภาพและปริมาณการผลิตมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ ผลการทำงานเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงานในระดับต่างๆ เพียงใด หรือความรู้ได้มีผลด้านบวกต่อองค์กรมากที่สุด

สรุปได้ว่า รูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมมีหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ว่าต้องการประเมินคุณค่าในการอบรมอย่างไร โดยการประเมินผลการฝึกอบรม อาจทำตามช่วงเวลาของการฝึกอบรม ได้แก่ ประเมินก่อนการฝึกอบรม ประเมินขณะดำเนินการฝึกอบรม และเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมก็ได้ และในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประเมินผลการฝึกอบรม โดยทำการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ในการฝึกอบรมทั้งก่อน ระหว่างและหลังการฝึกอบรม ใช้แบบวัดความรู้ก่อนและหลังฝึกอบรม แบบสังเกตทักษะระหว่างการฝึกอบรมและหลังเสร็จการฝึกอบรม และแบบวัดเจตคติหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรม

2.5.2.3 ขั้นตอนการประเมินผลการฝึกอบรม

ประสิทธิ์ ประมออุดมรัตน์ (2554: 41) สรุปขั้นตอนการประเมินผลการฝึกอบรมไว้ดังนี้

1. ศึกษาความเป็นมาของการฝึกอบรมให้ชัดเจน ได้แก่ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลักสูตร เทคนิคการฝึกอบรม สื่อการสอน สถานที่ ระยะเวลา วิทยากร ผู้เข้ารับการอบรม ผู้รับผิดชอบโครงการ งบประมาณ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการฝึกอบรม โดยพิจารณาจุดมุ่งหมายดังนี้

2.1 เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้รับผิดชอบการฝึกอบรม ในการปรับปรุงการดำเนินการครั้งต่อไป

2.2 เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้บริหารโครงการในการตัดสินใจ การวางแผนในการดำเนินการครั้งต่อไป

2.3 เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมได้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการประเมินผล

2.4 เพื่อประเมินความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในการจัดการฝึกอบรม

2.5 เพื่อประเมินความเหมาะสมของปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ งบประมาณ บุคลากรและการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

2.6 เพื่อประเมินความเหมาะสมในการดำเนินงานของการฝึกอบรมว่าเป็นไปตามขั้นตอนที่วางไว้หรือไม่ รูปแบบและวิธีการดำเนินการ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในการฝึกอบรมมีความเหมาะสมหรือไม่

2.7 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของผู้เข้าฝึกอบรมได้รับความรู้ ทักษะ และเจตคติ ได้มีตามวัตถุประสงค์การฝึกอบรมมากน้อยเพียงใด

3. การวางแผนการประเมิน ได้แก่ การกำหนดรูปแบบในการประเมินโครงการ เครื่องมือประเมิน ข้อมูลที่จะรวบรวม กำหนดแหล่งข้อมูล กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

4. การสร้างเครื่องมือการประเมิน ในการสร้างเครื่องมือการประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดำเนินการ (สมชาติ กิจยรรยง; และ อรจรีย์ ณ ตะกั่วทุ่ง. 2539: 276-277) ดังนี้ 1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการฝึกอบรม 2) สร้างเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสังเกตการณ์ โดยให้คำถามตรงตามสิ่งที่ต้องการประเมินผล 3) ให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาและตรวจสอบเครื่องมือ 4) ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการประเมินผลการฝึกอบรม โดยศึกษาความเป็นมาของการฝึกอบรมที่ให้ชัดเจน กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการฝึกอบรม วางแผนการประเมินผล และการสร้างเครื่องมือการประเมิน ดังนั้น การประเมินผลการฝึกอบรมจึงต้องทำอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อการวัดและค้นหาคุณค่าที่ได้จากการฝึกอบรม เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้แก่ผู้บริหาร และผู้จัดการฝึกอบรมในการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิผลของการฝึกอบรม อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาบุคลากรและองค์กรต่อไป

2.5.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการฝึกอบรม

ชนิดของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการฝึกอบรม

ฐิระ ประवालพฤกษ์ (2538: 170) กล่าวถึง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการฝึกอบรม มีดังนี้

1.1. การสังเกต ทำได้ 2 ลักษณะ คือ การสังเกตด้วยสายตา และความรู้สึจากการเรียนรู้ การสังเกตสามารถประเมินได้ในลักษณะกว้างๆ โดยมีเครื่องมือประกอบการกำหนดหัวข้อรายการเพื่อตรวจสอบและประเมินค่า

1.2. การสัมภาษณ์ การประเมินผลโดยวิธีนี้อาจทำแบบสัมภาษณ์ปากเปล่าในลักษณะพูดคุยกันระหว่างวิทยากรกับผู้เข้าอบรม ผู้จัดอบรมกับผู้อบรม ข้อมูลจะได้ในลักษณะที่เป็นเรื่องราวๆ ไปหรือกระจัดกระจาย แต่ถ้าสัมภาษณ์โดยมีแบบสัมภาษณ์ประกอบจะทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นหมวดหมู่และบางเรื่องได้รายละเอียด บางเรื่องได้ข้อเท็จจริงเพราะเป็นระบบสื่อสารสองทาง

1.3. แบบทดสอบ เป็นเครื่องมือที่มุ่งวัดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้ในการฝึกอบรม สามารถนำแบบทดสอบมาใช้ในการประเมินผลก่อนและหลังการเรียนเป็นการเปรียบเทียบผลความก้าวหน้า และวัดผลสัมฤทธิ์ในการฝึกอบรม และสามารถนำมาใช้ประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมด้วย แบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไปมีทั้งแบบปรนัยและอัตนัย

1.4. แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินในด้านความรู้ ความคิดเห็น ต่างๆ ในการจัดฝึกอบรม ตั้งแต่วัตถุประสงค์ หลักสูตร วิทยากร รูปแบบ เทคนิควิธี และการใช้ ต่างๆ ในการจัดการฝึกอบรม ลักษณะเครื่องมือที่นิยมใช้และง่ายต่อการวิเคราะห์สรุปผล คือ แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยการให้ประเมินค่า

1.5. แบบประเมินผลงาน พฤติกรรม เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลงาน ในระหว่างการฝึกอบรมในกรณีที่มีการฝึกปฏิบัติงาน และประเมินพฤติกรรมผู้เข้ารับการอบรมที่ เกิดขึ้นด้วย

1.6. แบบสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติงาน ใช้สำหรับการประเมินหลังจาก ที่ผู้เข้ารับการอบรมกลับเข้าทำงานในช่วงระยะเวลาที่นานพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน การทำงาน

ฐิระ ประवालพฤษ (2538: 171) ได้ให้แนวทางการเลือกใช้เครื่องมือใน การประเมินผลการฝึกอบรม ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับบุคคลที่จะประเมิน ตลอดจนลักษณะของ ข้อมูลที่ต้องการไว้ ดังนี้ 1) ผู้เข้ารับการอบรม ใช้เครื่องมือที่เป็นแบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ แบบวัดเจตคติ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน ผลงานและแบบประเมินผลการอบรม 2) ผู้จัดการฝึกอบรม ใช้แบบสัมภาษณ์ 3) ผู้เป็นเจ้าของโครงการ ใช้แบบสัมภาษณ์ 4) วิทยากร ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบวิเคราะห์การอบรม 5) ผู้บังคับบัญชา ใช้แบบสอบถาม 6) ผู้ร่วมงาน ใช้แบบสอบถาม

สรุปได้ว่า การประเมินผลการฝึกอบรมจึงต้องอาศัยเครื่องมือที่หลากหลาย เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการฝึกอบรม 1) การสังเกต 2) การ สัมภาษณ์ 3) แบบทดสอบ 4) แบบสอบถาม 5) แบบประเมินผลงาน พฤติกรรม 6) แบบสังเกต พฤติกรรม การปฏิบัติงาน เป็นต้น สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ใช้การประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้ แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่ม แบบวัดเจตคติ และแบบประเมินการปฏิบัติงาน

คุณภาพของเครื่องมือในการประเมินผลการฝึกอบรม

การประเมินผลการฝึกอบรม เป็นการวัดและค้นหาคุณค่าที่ได้จากการฝึกอบรม เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้แก่ผู้บริหารและผู้จัดการฝึกอบรม เพื่อเป็นการควบคุม ปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพของการฝึกอบรม ดังนั้น เครื่องมือการประเมินผลที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะต้องมียุณภาพที่ดี

เครือวัลย์ ล้อมภิชาติ (2544: 169-171) ได้กล่าวถึง ลักษณะของเครื่องมือที่มี คุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะสำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ดีต้องมีความเที่ยงตรง (Validity) ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ หมายถึง ความสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการ โดยแบ่งได้เป็น 3 แบบได้แก่

1.1 ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ คุณภาพของ เครื่องมือที่วัดได้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมเรื่องทั้งหมดที่จะประเมินผล

1.2 ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (Criterion Validity) ได้แก่ ความเที่ยงตรงที่เครื่องมือสามารถประเมินผลได้เที่ยงตรง ตามสภาพเป็นจริงของสิ่งที่ต้องการประเมินผล ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.3 ความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีและการจัดโครงการที่ก่อให้เกิดทฤษฎีหรือความเที่ยงตรงตามโครงการ เป็นตัวบ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎี และพฤติกรรมจริงที่แสดงออกมา เครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง คือ เครื่องมือที่สามารถวัดได้สอดคล้องกับโครงสร้างของสิ่งนั้น ๆ

2. เครื่องมือที่ดีต้องมีความเชื่อมั่น (Reliability) หลักสำคัญของการประเมินความเชื่อมั่น คือ เครื่องมือใดที่ใช้ประเมินผลหลายครั้ง แล้วได้ผลเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงกับผลเดิม

3. เครื่องมือที่ดีต้องมีความเป็นปรนัย (Objectivity) ควรพิจารณาความเป็นปรนัยจะพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้ 1) คำถามแจ่มชัด สามารถทำให้ผู้รับการฝึกอบรมอ่านคำถามได้เข้าใจตรงกัน 2) ภาษาที่ใช้รัดกุม 3) คำถามที่ใช้กำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ มีความรัดกุม 4) ภาษาที่ใช้เหมาะสมกับวัยและระดับของผู้เข้ารับการฝึกอบรม 5) การถามนั้นมีหลักวิชา เพื่อหาคำตอบหรือไม่ 6) ตัวเลือกที่ใช้ชัดเจน ในกรณีข้อสอบแบบเลือกตอบ 7) ตัวเลือกแบบเลือกตอบกับตัวคำถามต้องรับกันดี 8) เกณฑ์การให้คะแนนชัดเจนเพียงใด

4. เครื่องมือที่ดีต้องมีอำนาจจำแนก (Discrimination) เครื่องมือที่สามารถชี้เฉพาะให้เห็นลักษณะความแตกต่างหรือความเหมือนกันของสิ่งที่ต้องการประเมินผล และเป็นไปตามสภาพความเป็นจริงด้วยนั้น ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีอำนาจจำแนก โดยสามารถแบ่งแยกหรือชี้ให้เห็นจุดดีจุดเด่น หรือจุดอ่อนของสิ่งที่ต้องการประเมินผลอย่างถี่ยาวชัดเจน

5. เครื่องมือที่ดีต้องมีประสิทธิภาพ (Efficiency) เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ คือ เครื่องมือที่ใช้อย่าง สะดวก ประหยัดเวลา แรงงานและทุนทรัพย์

สรุปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการฝึกอบรมจำเป็นต้องมีคุณสมบัติที่ดี จึงจะสามารถประเมินคุณค่าของการฝึกอบรมได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่ 1) ความเที่ยงตรง (Validity) หมายถึง ความสามารถในการวัดสิ่งที่เราต้องการจะวัดหรือประเมินไม่คลาดเคลื่อน 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) หมายถึง ความเชื่อถือได้ว่าเมื่อนำเครื่องมือนั้นไปวัดแล้วนำไปวัดอีกก็ครั้งก็ตามก็จะได้ผลลัพธ์คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง 3) ความเป็นกลางปราศจากอคติ (Objectivity) หมายถึง การที่จะไม่ลำเอียงหรือมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามไปทางใดทางหนึ่ง 4) ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Practicability) หมายถึง ความสะดวกและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ทั้งในด้านเวลา ค่าใช้จ่ายและความคล่องตัวจนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย 5) เครื่องมือที่ดีต้องมีอำนาจจำแนก(Discrimination) หมายถึง เครื่องมือที่สามารถชี้เฉพาะให้เห็นลักษณะความแตกต่าง หรือความเหมือนกันของสิ่งที่ต้องการประเมินผล 6) ความง่าย (Simplicity) หมายถึง การง่ายต่อความเข้าใจ ง่ายในการนำไปใช้งานและง่ายในการดำเนินการ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กระบวนการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนชัดเจน มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมว่า ต้องการให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ใด ผู้จัดการฝึกอบรมต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการฝึกอบรม เข้าใจประเภทของการฝึกอบรมและเลือกใช้เครื่องมือได้อย่างเหมาะสม ผู้จัดการฝึกอบรมจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสร้างหลักสูตรฝึกอบรม สามารถประยุกต์ใช้แนวทางและกระบวนการฝึกอบรมได้อย่างถูกต้อง สามารถนำไปเป็นข้อมูล เพื่อปรับปรุงแก้ไขกระบวนการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการอบรมครั้งถัดไป

3. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเรียนรู้

3.1 ความหมายของการเรียนรู้

เคลน (Klein. 1991: 2) กล่าวว่า การเรียนรู้ (Learning) คือ กระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะชั่วคราว ภาวะ หรือสัญชาตญาณ

ครอนบาค (Cronbach. 1990: 158) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นการแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ประสบมา

เมดนิค (Mednick. 1970: 32-43) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือ 1) การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) การเรียนรู้เป็นผลจากการฝึกฝน และ 3) การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรจนเป็นนิสัย 4) การเรียนรู้ไม่อาจสังเกตได้โดยตรง แต่ทราบจากการกระทำที่เป็นผลจากการเรียนรู้

บลูม (Bloom. 1976: 72) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจและความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจสิ่งแวดลอมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ และความสนใจ

3. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจ แล้วนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น

ทิสนา แชมมณี (2545: 1-3) กล่าวว่า การเรียนรู้มีขอบเขตครอบคลุมความหมาย 2 ประการ คือ กระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) ซึ่งหมายถึง การดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน หรือการใช้วิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้ในความหมายของผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจในสาระต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกหรือเจตคติ อัน

เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่เป็นสาระ คือ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ หรือเจตคติเกี่ยวกับสาระที่ได้เรียนรู้ 2) ส่วนที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ หรือวิธีการเรียนรู้ที่เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการเรียนรู้ในอนาคต

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ หรือวุฒิภาวะหรือความบังเอิญ จึงจะถือว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้น ดังนั้น การเรียนรู้จึงเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดและเจตคติ รวมถึงพฤติกรรมอันมีผลมาจากประสบการณ์และการฝึกฝนเกี่ยวกับสาระที่ได้เรียนรู้มา

3.2 หลักการการเรียนรู้

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้มีคุณภาพนั้น องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญคือการใช้หลักการเรียนรู้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม มีแนวคิดโดยสรุป ดังนี้

เดนเซนโซ และโรบบินส์ (DeCenzo; & Robbins. 1999: 277) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นประสบการณ์เรียนรู้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องจิตวิทยาการเรียนรู้ที่ชัดเจนและถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางออกแบบหลักสูตรอย่างมีประสิทธิภาพและซิงเกอร์ (Singer. 1990: 176-224) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม คือ การทำความเข้าใจหลักการเรียนรู้ สอดคล้องกับ บายอาร์ส และรู (Byars; & Rue. 1994: 222-224) กล่าวว่า หลักสูตรฝึกอบรมจะประสบความสำเร็จจะต้องนำหลักการเรียนรู้ (Principles of Learning) มาใช้เพื่อการพัฒนาและดำเนินการตามหลักสูตรฝึกอบรม สโตน (Stone. 1998: 340-342) กล่าวว่า จิตวิทยาสำหรับการเรียนรู้เป็นหลักการสำคัญเพื่อใช้ในการฝึกอบรมให้เกิดประสิทธิผลของนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

3.2.1 หลักการการเรียนรู้

จากแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่กล่าวมาแล้ว ต้องอาศัยหลักการการเรียนรู้ที่จำเป็นมาใช้ในการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมที่สำคัญมี ดังนี้

1. ความสนใจ เป็นภาวะที่จิตใจของบุคคลจดจ่อและปรารถนาที่จะรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อนำไปบำบัดความต้องการตามลำดับ ดังนั้น การออกแบบหลักสูตร ผู้ดำเนินการฝึกอบรมจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา สื่อต่างๆ ให้สอดคล้องกับความสนใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม
2. ความต้องการ เป็นสภาวะที่บุคคลยังขาดหรือไม่มีสิ่งใดสิ่งหนึ่งและต้องการที่จะมีหรือให้ได้มาซึ่งสิ่งเหล่านั้น ดังนั้น การที่บุคคลพยายามขวนขวายให้ได้มาซึ่ง สิ่งที่ยังขาดอยู่นั้นเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในตนเอง ด้วยการเรียนรู้ ศึกษาจากวิชาการ ประสบการณ์ จนกว่าจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนา ดังนั้น การออกแบบหลักสูตร ผู้ดำเนินการฝึกอบรมจะต้องกำหนด วัตถุประสงค์ เนื้อหา รวมทั้งวิธีการฝึกอบรม ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

3. ความพร้อม เป็นสภาวะที่บุคคลอยู่ในสภาพที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นอยู่กับ อายุ ประสบการณ์ สติปัญญา เป็นต้น ดังนั้น ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะได้เรียนรู้อย่างเต็มที่ ซึ่งความพร้อมรวมถึงพื้นฐานของทักษะและความรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่จำเป็นในการฝึกอบรม

4. การจูงใจ คือ การดำเนินการให้แรงจูงใจกับผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นความกระตือรือร้นอยากเรียนดังนั้น ผู้ดำเนินการฝึกอบรมจะต้องจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเห็นความจำเป็นสำหรับทักษะ องค์ความรู้ใหม่และประโยชน์ที่ได้จากการฝึกอบรม การเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้นถ้าผู้เข้ารับการฝึกอบรมขาดแรงจูงใจและในทางตรงกันข้ามการเรียนรู้จะเกิดประสิทธิผลมากเมื่อผู้เรียนมีแรงจูงใจ การจูงใจในการฝึกอบรมสามารถทำได้โดยจัดบรรยากาศ สื่อการเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล นั่นคือ ความแตกต่างของบุคคลซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของบุคคล โดยบุคคลแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ประสบการณ์ อายุ ความถนัด ความสามารถ เป็นผลให้การเรียนรู้ไม่เท่ากัน ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมของหลักสูตรฝึกอบรมจึงต้องหลากหลายสนองต่อความแตกต่างของบุคคลและมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

6. การเสริมแรง คือ การดำเนินการเพื่อให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเรียนรู้เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามต้องการ มีหลักการสำคัญ คือ การให้รางวัล การลงโทษ ดังนั้น เมื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมประพฤติปฏิบัติได้ตามต้องการต้องเสริมแรงทันที

7. ข้อมูลย้อนกลับ หรือการรู้ผลการเรียน บุคคลจะเรียนรู้ได้รวดเร็วเมื่อได้รับข้อมูลย้อนกลับของการปฏิบัติงานทั้งทางบวกและทางลบ การให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ทราบผลเป็นระยะๆ ทำให้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การออกแบบหลักสูตรจะต้องกำหนดการประเมินผลย่อย เพื่อแจ้งผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคลเป็นระยะๆ ให้แต่ละคนได้ทราบทันที

8. การจดจำสิ่งที่เรียน เป็นสภาวะของสมองสติปัญญา ในการจดจำสิ่งต่างๆที่ได้เรียนได้เห็น ได้รู้มานั้นจดจำได้เพียงใด ดังนั้น การออกแบบหลักสูตรจะต้องจัดทำเอกสาร สรุปความคิดรวบยอดในแต่ละบท หรือจัดทำคู่มือเพื่อสรุปสาระการเรียนรู้ให้แก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ทบทวนและนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

9. การฝึกปฏิบัติและการทำซ้ำ การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นกว่าเดิมเมื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีโอกาสปฏิบัติงานซ้ำๆ ดังนั้น การฝึกอบรมจำเป็นต้องมีภาคปฏิบัติภายหลังได้เรียนภาคทฤษฎีแล้ว เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจกระจ่าง เกิดความแม่นยำทำให้เกิดผลดีในการเรียน

10. การถ่ายโยงการฝึกอบรม เป็นการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมไปใช้พัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน การถ่ายโยงการฝึกอบรมเกิดได้ 3 ประการ คือ 1) การถ่ายโยงทางบวก เกิดเมื่อการเรียนรู้ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติงานหรือนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ 2) การถ่ายโยงทางลบ เกิดเมื่อการเรียนรู้ขัดแย้งกับการปฏิบัติงาน 3) ไม่เกิดการถ่ายโยง เกิดเมื่อการเรียนรู้ไม่มีผลบวกและลบต่อการปฏิบัติงานผู้ดำเนินการฝึกอบรมจะต้องพยายามพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้ส่งเสริมการถ่ายโยงทางบวกนั้น คือ พัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

ครอนบาค (Cronbach. 1990: 166) กล่าวว่า ธรรมชาติของการเรียนรู้เป็นกระบวนการชนิดหนึ่งที่ประกอบด้วย

1. จุดมุ่งหมายของผู้เรียน (Goal) หมายถึง สิ่งที่คุณเรียนต้องการหรือสิ่งที่คุณเรียนมุ่งหวังการเรียนอย่างไม่มีจุดมุ่งหมาย คือ ไม่ทราบว่าจะเรียนไปทำไม ย่อมจะไม่บังเกิดผลดีขึ้นได้
2. ความพร้อม (Readiness) เป็นลักษณะเฉพาะตัวของผู้เรียนแต่ละคน รวมถึงวุฒิภาวะของผู้เรียนด้วย คนที่มีความพร้อมจะเรียนได้ดีกว่าทั้งๆ ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน จึงควรสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับนักเรียนเพื่อให้เขาพร้อมที่จะเรียนได้
3. สถานการณ์ (Situation) หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทำต่อผู้เรียน การจะเรียนรู้ได้นั้น ผู้เรียนจะต้องเข้าไปมีประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ อย่างแท้จริง
4. การแปลความหมาย (Interpretation) เป็นการศึกษาหาเส้นทางในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อเข้าไปสู่จุดมุ่งหมาย หรือการวางแผนการกระทำเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย โดยพิจารณาสถานการณ์หรือสถานการณ์มาใช้ให้เป็นประโยชน์
5. ลงมือกระทำ (Action) เมื่อแปลสถานการณ์แล้วผู้เรียนจะลงมือตอบสนองสถานการณ์หรือสิ่งเร้าในทันที การกระทำนั้นผู้เรียนย่อมจะคาดหวังว่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้เขาบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้
6. ผลที่ตามมา (Consequence) หลังจากตอบสนองสิ่งเร้าหรือสถานการณ์แล้ว คือ อาจจะประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ก็จะเกิดความพอใจ (Confirm) ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จย่อมไม่พอใจ ผิดหวัง (Contradict) ถ้าประสบผลสำเร็จก็จะเป็นแรงจูงใจให้ทำกิจกรรมอย่างเดิมอีก ถ้าไม่บรรลุจุดมุ่งหมายอาจหมดกำลังใจท้อแท้ที่จะตอบสนองหรือทำพฤติกรรมต่อไป
7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Contradict) ซึ่งจะกระทำใน 2 ลักษณะ คือ ปรับปรุงการกระทำของตนใหม่เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย โดยย้อนไปพิจารณาหรือแปลสถานการณ์ หรือสิ่งเร้าใหม่ แล้วหาวิธีการทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายปลายทางให้ได้ อีกประการหนึ่ง อาจเลิกไม่ทำกิจกรรมนั้นอีก หรืออาจจะกระทำซ้ำๆ อย่างเดิมโดยไม่เกิดผลอะไรเลยก็ได้

สรุปได้ว่า หลักการการเรียนรู้ที่ใช้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม มีหลักการการเรียนรู้ที่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม เช่น ความสนใจ ความต้องการ และความพร้อมทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเรียนรู้ที่ดี ความแตกต่างระหว่างบุคคลมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม การเสริมแรงเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ให้เพิ่มขึ้น ข้อมูลย้อนกลับ การให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้กระบวนการเรียนรู้สนใจ มีการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น การจดจำสิ่งที่เรียนโดยการทำซ้ำๆ สรุปความคิดรวบยอดและจัดทำคู่มือการฝึกปฏิบัติการ และการทำซ้ำทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เชื่อมโยงความรู้เพิ่มขึ้น และการถ่ายทอดการฝึกอบรม โดยนำความรู้ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาในการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาหลักการการเรียนรู้ที่จำเป็น สามารถออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมได้อย่างเหมาะสม

3.3 รูปแบบการเรียนรู้

3.3.1 การเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by Doing)

การเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by Doing) ได้มีนักวิชาการกล่าวไว้ ดังนี้
 พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544: 32-47) ได้เสนอแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายของ จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ที่กล่าวว่า คนเราเรียนรู้ด้วยการกระทำ และด้วยอุปกรณ์การสอนที่มีประสิทธิภาพ การจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเรียนรู้ของผู้เรียน จากการเป็นผู้รับมาเป็นผู้เรียน และเปลี่ยนบทบาทของครูจากผู้สอนหรือผู้ถ่ายทอดข้อมูลความรู้ มาเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทนี้ ถือว่าเป็นการเปลี่ยนจุดเน้นของการเรียนรู้จากเดิมอยู่ที่ผู้สอนมาอยู่ที่ผู้เรียน ดังนั้น ผู้เรียนจึงกลายเป็นศูนย์กลางของการเรียน การสอนเพราะบทบาทในการเรียนรู้ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ตัวผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student Center)

บรรจง จันทรสา (2527: 78-140) กล่าวว่า การเรียนรู้โดยการกระทำ เป็นการเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้น จากการกระทำต่อสิ่งหนึ่ง แล้วมีผลปรากฏออกมาให้ประจักษ์จากการกระทำนั้น คือ ความรู้ในสิ่งนั้นๆ และมีการคิดพิจารณา กลับไปกลับมาจากผลที่เกิดขึ้นในการกระทำ จนกว่าจะได้ผลหรือความรู้เป็นที่พอใจ ซึ่งหมายถึง การมีประสบการณ์ใหม่อยู่เรื่อยๆ แล้วเลือกสรรเอาเฉพาะความรู้หรือประสบการณ์ที่ดีที่สุด การพัฒนาทางสติปัญญาลักษณะนี้ ถือว่าเป็นหัวใจของการศึกษาที่เรียกว่า การเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing)

สรุปได้ว่า การเรียนรู้โดยการกระทำ (Learning by doing) เป็นการเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้น จากการกระทำต่อสิ่งหนึ่งแล้วมีผลต่อ ความรู้ ความคิด และการกระทำ ผู้เรียนกลายเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน เพราะผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ และเปลี่ยนบทบาทของครูจากผู้สอนหรือผู้ถ่ายทอดข้อมูลความรู้ มาเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน

3.3.2. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

การพัฒนามนุษย์โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้า และพัฒนามาเป็นระยะเวลานาน โดยนักปรัชญาอเมริกัน จอห์น ดิวอี้ (John Dewey. 1959) กล่าวว่าประสบการณ์หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ คิด และรู้สึก รวมถึงการคิดทบทวน (Reflection) ลงมือกระทำ (Active doing) และบังเกิดผลตามมา (Undergoing) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้กระทำ และการเรียนรู้อย่างถ่องแท้ในสิ่งนั้นๆ กระบวนการทั้งหมดเหล่านี้เกิดขึ้น โดยครบถ้วนแล้วจึงเรียกว่าเป็นประสบการณ์ ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของประสบการณ์ หรือความเป็นจริงตามแนวคิดนี้ คือ ความเป็นจริงหรือประสบการณ์ย่อมเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขแห่งประสบการณ์ของมนุษย์

คอลป์ (Kolb. 1984: 112) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ไปสู่ความรู้และการพัฒนารูปแบบของคอลป์เป็นวงจรการเรียนรู้ที่การได้รับความรู้ เจตคติและทักษะ จะอยู่ในกระบวนการ 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete experience) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective observation) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) และการทดลองปฏิบัติ (Active experiment)

เบอร์นาร์ด (Burnard. 1995: 4-5) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งทางตรง โดยการกระทำ (Doing) การคิดทบทวนเกี่ยวกับการกระทำ (Reflection) หรือการเรียนรู้โดยทางอ้อม การเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่างๆ หรือโดยการสังเกตผู้อื่น อาจเกิดขึ้นกับการดำเนินชีวิต การทำงานและการศึกษา มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ 1) เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล 2) มีการคิดทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ 3) มีการก่อรูปของความรู้และความหมาย 4) มีการประยุกต์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ

ชัยพร วิชชาวุธ (2542: 4) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการจัดประสบการณ์ตรงให้เกิดการเรียนรู้ โดยตัวเองเป็นผู้ลงมือทำหรือการเรียนรู้จากการสังเกต เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เน้นที่ประสบการณ์ตรงกับการสังเกตเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ส่วนการเรียนรู้ทางอ้อมโดยการฟัง อ่าน หรือผ่านสื่อ มีบทบาทน้อยในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

วัฒน์ย์ โรจน์สัมฤทธิ์ (2547: ออนไลน์) กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นรูปแบบการพัฒนาทฤษฎีการเรียนรู้ และประสบการณ์ของผู้เรียน เพื่อนำมาปรับใช้กับเทคนิคการสอนผู้ใหญ่ จะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันทีหลังจากการผ่านการฝึกอบรมแล้ว

สรุปได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กล่าวคือ ประสบการณ์ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ คิด และรู้สึก รวมถึงการคิดทบทวน ลงมือกระทำและผลที่เกิดตามมา ประสบการณ์ย่อมเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขแห่งประสบการณ์ของมนุษย์ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ทั้งทางตรงโดยการทำเอง และทางอ้อมโดยการสังเกตหรือร่วมอยู่ในสถานการณ์นั้น แล้วนำประสบการณ์นั้นไปสู่ความรู้

3.3.2.1. ลักษณะสำคัญของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

นักการศึกษาเชื่อว่า มนุษย์มีศักยภาพที่จะเรียนรู้และการเรียนรู้จะได้ผลดีหากการเรียนรู้มีความหมาย หรือเป็นสิ่งที่ผู้เรียนสนใจอยากรู้อย่างแท้จริง ซึ่งโรเจอร์ได้จำแนกการเรียนรู้เป็น 2 ชนิด คือ การเรียนรู้ในสิ่งที่ถูกสอนโดยผู้เรียนไม่ได้สนใจอยากเรียนรู่มาก่อน และการเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้เรียนต้องการรู้โดยเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง โดยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์ และนักการศึกษาได้อธิบายลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไว้ ดังนี้

เมอร์กาทรอยด์ (Murgatroyd. 1982: 72) กล่าวว่า ลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนต้องตระหนักถึงกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจว่าอะไรทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น ต้องคิดทบทวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเชื่อมโยงการเรียนรู้ในอดีตกับปัจจุบันและอนาคต ประสบการณ์ที่สำคัญต่อผู้เรียน คือ ได้เรียนรู้อะไรและเรียนรู้อย่างไร ทั้งนี้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลทั้งคน คือ เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ

คอลป์ (Kolb. 1984: 40-42) กล่าวว่า ลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มุ่งสอนให้ผู้เรียน เรียนเพื่อเรียนรู้ (learn to learn) เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คือ บุคคลได้พัฒนาความสามารถขององค์ประกอบหลัก 4 ขั้นตอน ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ 1) พัฒนาการคิดที่ซับซ้อน (Cognitive complexity) 2) มีความคิดสร้างสรรค์ (Critical thinking) 3) เข้าใจเนื้อหาความรู้ (Content knowledge) 4) มีแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to learn) 5) มีความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem solving ability) และ 6) สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น (Easier transition to work) ดังนั้น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน แม้บางคนจะชอบหรือถนัดในบางองค์ประกอบมากกว่า ผู้ที่เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็นหรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้นั้นจะขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้นผู้เรียนจึงควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้าน และควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร

เบอร์นาร์ด (Burnard. 1995: 15-19) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการกระทำ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีที่สุด เมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังเป็นการเรียนรู้โดยเท่าเทียมกับผู้สอน และมีสิ่งเร้าหลากหลายมากกว่าการบรรยายของผู้สอนเพียงอย่างเดียว เช่น กิจกรรมบทบาทสมมติ การแสดงละคร เป็นต้น

2. ผู้เรียนได้รับการกระตุ้นให้คิดทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง เนื่องจากประสบการณ์อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะมั่นใจได้ว่าจะมีการเรียนรู้เกิดขึ้น ความสำคัญจึงอยู่ที่การบูรณาการประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิม โดยผ่านกระบวนการคิดทบทวน ซึ่งอาจเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนโดยลำพังหรือเกิดขึ้นโดยกระบวนการกลุ่มจากการอภิปราย

3. ผู้สอนยอมรับการเรียนรู้ของผู้เรียนจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีตีค่าให้ความหมาย หรือแปลความสิ่งที่ผู้เรียนนำเสนอ เพราะการให้คุณค่าเป็นบทบาทของผู้เรียนเอง ผู้สอนมีบทบาทเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกมากกว่าเป็นครูผู้บรรยายหรือผู้นำ

4. การเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยการให้ความสำคัญกับความเข้าใจของผู้เรียน และการสร้างมุมมองต่าง ๆ ตามความคิดของผู้เรียนเอง

5. ประสบการณ์ของบุคคลเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีคุณค่า ผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้คิดทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตหรือวางแผนสำหรับอนาคต

6. มีการฟังซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ ผู้สอนไม่เพียงแต่รับฟังผู้เรียนทุกคน แต่ต้องกระตุ้นให้ผู้เรียนรับฟังซึ่งกันและกัน โดยความเคารพในความเป็นบุคคล และแสดงบทบาทในการเป็นผู้ฟังที่ดี

วูลเฟ (Woolfe. 1992: 115) กล่าวว่า ลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สรุปได้ดังนี้ 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยใช้ประสบการณ์ของตนเองเป็นฐานในการเข้าใจตนเอง (Self-understanding) และสำรวจความต้องการแหล่งข้อมูลและวัตถุประสงค์ของตนเอง 2) การมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เป็นไปในเชิงรุกมากกว่ารับ 3) อำนาจในการควบคุมการเรียนรู้จะถูกเปลี่ยนจากผู้สอนไปสู่ผู้เรียนความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนจะเท่าเทียมกัน 4) ผู้เรียนเป็นผู้รับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนพยายามดูดซับความรู้ภายนอกเข้าสู่กรอบความคิดภายในตนเอง ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นเพียงแหล่งข้อมูลและผู้จัดดำเนินการ

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2543: 13) กล่าวว่า ลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สรุปได้ 5 ประการ ดังนี้ 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง และ 5) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดหรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเรียนรู้

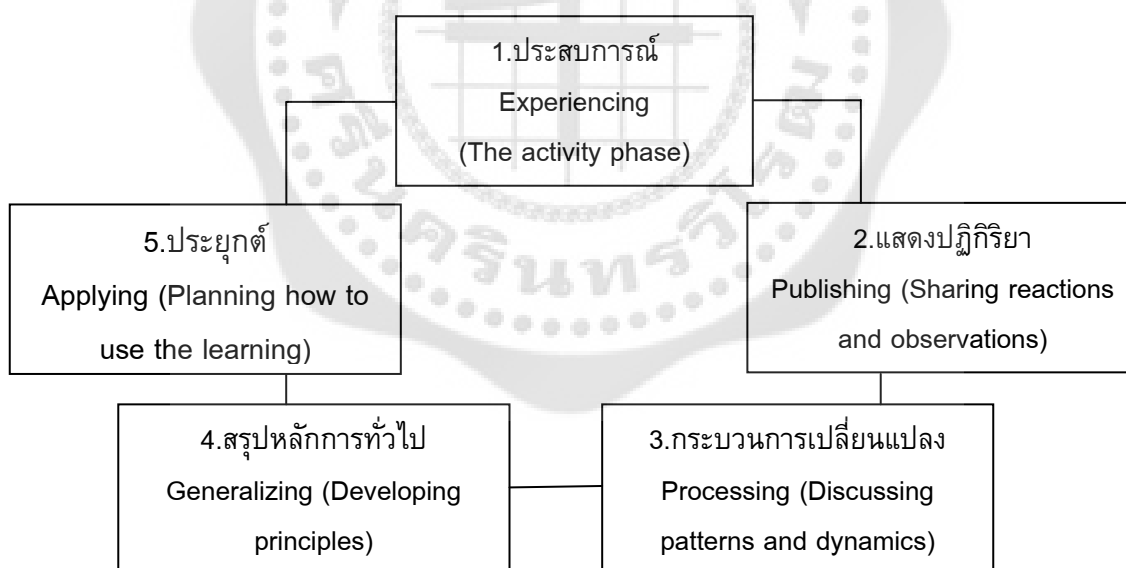
สุกนิดา ปุสุรินทร์คำ (2555: ออนไลน์) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้ 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง และ 5) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

สรุปได้ว่า ลักษณะสำคัญของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้แก่ การเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างจริงจัง มีการคิดทบทวนประสบการณ์ของตน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการฟังการสื่อสารทุกรูปแบบ มีส่วนร่วมเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

3.3.2.2. รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) มีหลายรูปแบบแต่มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

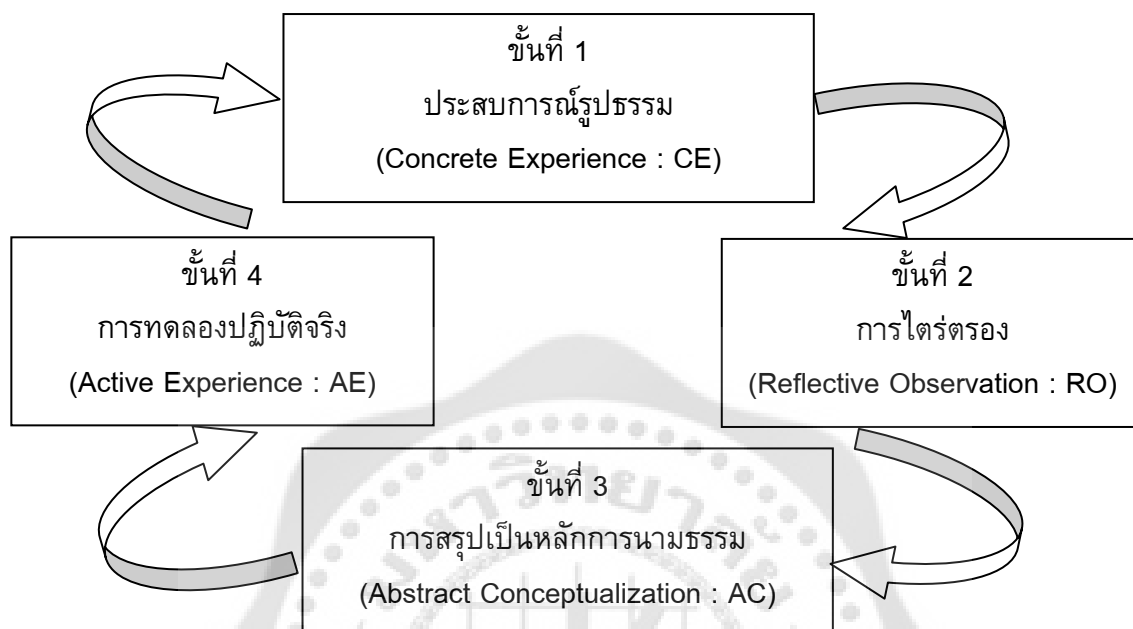
1) รูปแบบของไฟเฟอร์และโจนส์ (Pfeiffer and Jones Model) ได้เสนอการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การจัดประสบการณ์ตรงให้โดยจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้ประสบด้วยตนเอง (Experiencing) ขั้นตอนที่ 2 การพูดให้ผู้อื่นรับรู้ รับทราบ (Publishing) เป็นการแสดงออกของปฏิกิริยาที่ผู้เรียนมีต่อกิจกรรมหรือประสบการณ์ที่ได้รับ การให้ผู้อื่นรับรู้หมายถึงการทำให้เป็นสาธารณะ (Public) เมื่อผู้เรียนได้ประสบการณ์แล้ว อาจมีการเรียนรู้หรือไม่ก็ได้ ดังนั้นเพื่อให้แน่ใจว่าเกิดมีการเรียนรู้จริงก็ต้องให้ผู้เรียนได้ทบทวนโดยวิธีการใด วิธีการหนึ่ง ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ (Processing) โดยนำความรู้ที่เรียนรู้อมาวิเคราะห์ด้วยการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้มองเห็นสิ่งต่างๆ ในรายละเอียดได้ชัดเจน และเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุว่าเหตุใดจึงเรียนรู้ได้ดี เหตุใดจึงเรียนรู้ไม่ดี ปัญหาอยู่ตรงไหน ทำไมจึงเกิดปัญหา หากจะทำใหม่จะอย่างไร ขั้นตอนที่ 4 การสรุปหลักการทั่วไป (Generalizing) พัฒนาขึ้นเป็นหลักเกณฑ์ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้มาจากการทำกิจกรรมว่าจะสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้อย่างไร (ชัยพร วิชชาวุธ. 2542: 6-7) ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของไฟเฟอร์และโจนส์

ที่มา: พอเพ็ญ ไกรนรา. (2545). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. หน้า 54.

2) รูปแบบของคอลป์ (The Kolb's model) คอลป์ (Kolb. 1984: 40-42)
อธิบายกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นวงจรการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 กระบวนการเรียนรู้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์

ที่มา: ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (2556: ออนไลน์).

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำประสบการณ์ต่างๆ ที่มีมาก่อนแล้ว และผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าไปร่วมในประสบการณ์ใหม่ๆ อย่างเปิดกว้างและเต็มที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียน

ขั้นที่ 2 การไตร่ตรอง (Reflective observation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจะต้องมีการสังเกต คิดทบทวนอย่างพินิจพิจารณา แสดงความคิดเห็นด้วยมุมมองต่างๆ มุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาคำรู้ที่กว้างขวางขึ้น ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย และเกิดเจตคติในเรื่องที่อภิปราย

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการหรือสร้างแนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) เป็นขั้นที่ผู้เรียนต้องสร้างแนวคิดบูรณาการจากการสังเกตไปสู่หลักการทฤษฎีการเรียนรู้ และความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย ขั้นนี้จะได้ผลครบถ้วนสมบูรณ์เมื่อผู้เรียนนำสิ่งที่สรุปได้ไปทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) ว่าได้ผลจริงหรือไม่ในสถานการณ์จริง

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง (Act) เพื่อทดสอบว่านำไปใช้ได้จริงหรือไม่ ขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้ความรู้ไม่ใช่เรียนแค่ว่า

สุภณิดา ปุสุรินทร์คำ (2555: ออนไลน์) กล่าวว่า วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใน 4 องค์ประกอบ ดังนี้

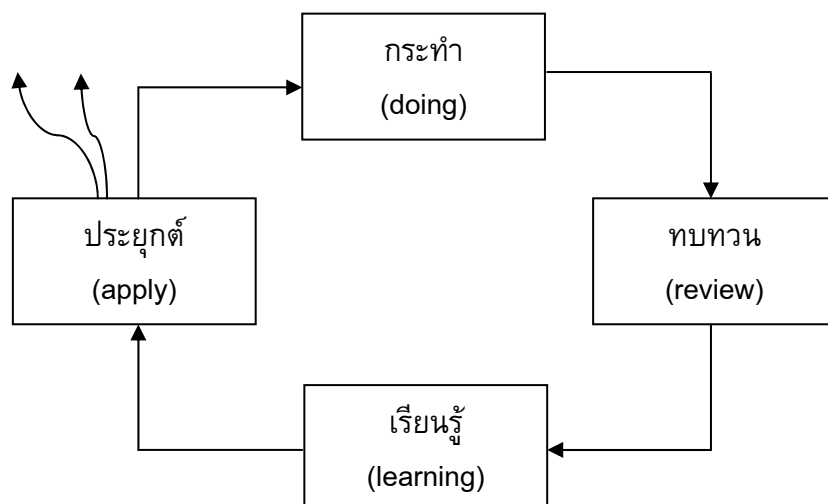
1. ประสบการณ์ (experience) ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาแล้ว ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ หรือผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ ในการเรียนรู้และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่ผู้อื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี ผู้สอนใช้เวลาอธิบายน้อย เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง

2. การสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิวิจารณ์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติ ในเรื่องที่จะอภิปราย

3. ความคิดรวบยอด (concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) เกิดได้หลายทาง ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4. การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตขึ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมจากในองค์ประกอบนี้ ประเมินผลการเรียนการสอนได้

3) รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ The Development training advisors group ส่วนใหญ่เริ่มจากผู้สอนจัดประสบการณ์ให้กับผู้เรียน หรืออาจนำประสบการณ์ของกลุ่มหรือบุคคลมาใช้เพื่อให้มีการกระทำ (Doing) จะต้องมีการอภิปรายในกลุ่มใหญ่หรือการสนทนา หลังการกระทำจะต้องมีขั้นการทบทวน (Review stage) สำหรับ 2 ขั้นตอนสุดท้ายของวงจรการเรียนรู้ คือ ขั้นการเรียนรู้ (Learning) จากการได้รับประสบการณ์และการทบทวนประสบการณ์ เพื่อนำไปสู่ขั้นการประยุกต์ (Apply) (Dennison; & Kirk. 1990: 3-4) ดังภาพประกอบ 13



ภาพประกอบ 13 รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ The Development training advisors group

ที่มา: พอเพ็ญ ไกรนรา. (2545). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. หน้า 57.

จากรูปแบบการเรียนรู้ในภาพประกอบ 13 พบว่า ในขั้นการประยุกต์จะมีลูกศรพุ่งออกในหลายทิศทาง แสดงให้เห็นถึงการนำทักษะและความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในหลายสถานการณ์ ในทำนองเดียวกันก็มีการเชื่อมโยงระหว่างวงจรการเรียนรู้แรกกับวงจรการเรียนรู้ต่อไปด้วย จึงทำให้สามารถทราบได้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นจากผลของการกระทำโดยจะสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เจตคติ ความรู้หลังจากได้รับประสบการณ์

สรุปได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีหลายรูปแบบแต่มีความคล้ายคลึงกัน เช่น รูปแบบของไฟเฟอร์และโจนส์ มี 5 ขั้นตอน 1) การจัดประสบการณ์ตรงให้ผู้เรียน 2) การพูดให้ผู้อื่นรับรู้ 3) คือการวิเคราะห์ความรู้ที่เรียนมา 4) เป็นการสรุปหาหลักการทั่วไป 5) เป็นการประยุกต์ใช้ ส่วนรูปแบบของคอลป์ เป็นวงจรการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน 1) จัดประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม 2) ผู้เรียนจะต้องมีการสังเกต คิดทบทวนอย่างพินิจพิจารณา 3) การสรุปหลักการหรือสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม และ 4) นำสิ่งที่สรุปได้ไปทดลองปฏิบัติ และยังมีรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ The Development training advisors group ที่คล้ายคลึงกัน สำหรับงานวิจัยครั้งนี้นำรูปแบบของคอลป์(Kolb) มาประยุกต์ใช้

3.3.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

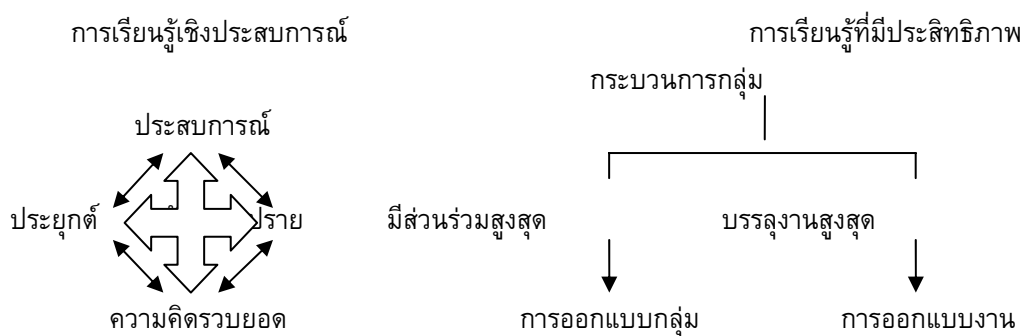
การจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory Learning) นั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

ทิสนา แคมมณีและคนอื่นๆ (2544: 12) กล่าวว่า การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นั้น มีความสำคัญของการทำงานเป็นกลุ่ม เพราะมนุษย์ทุกคนมีพลังจำกัด มีความแตกต่างทางสติปัญญา และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่ม เพื่อช่วยให้การ

เรียนรู้นั้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยากหรือไม่เคยทำมาก่อน ได้ด้วยความมั่นใจ โดยเฉพาะการฝึกอบรมที่จำกัดด้วยเวลา และเสนอแนวปฏิบัติการจัดกิจกรรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) ควรช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมทาง ด้านร่างกาย (Physical Participation) เพื่อช่วยให้ประสาทการเรียนรู้ของผู้เรียนตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับข้อมูลและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้เรียน 2) ควรช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมทางสติ ปัญญา(Intellectual Participation) เพื่อกระตุ้นสมองของผู้เรียนให้เกิดการเคลื่อนไหว 3) ควรช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคล หรือ สิ่งแวดล้อมรอบตัว 4) ควรช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมทางอารมณ์ (Emotional Participation) ทำให้เกิดความหมายต่อตนเองโดยกิจกรรมดังกล่าวควรเกี่ยวข้องกับผู้เรียนโดยตรง

สุภณิดา ปุสุรินทร์คำ (2555: ออนไลน์) กล่าวว่า หลักการสำคัญของการจัด กระบวนการเรียนรู้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์บวกกับการเรียนรู้ ด้วยกระบวนการกลุ่ม เพราะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experimental Learning) เน้นการเรียนรู้ จากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ รวมทั้งจะต้องมีการทำกิจกรรมอย่าง สม่ำเสมอ ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและครู และจะต้องมีการสื่อสารทุกรูปแบบโดยการพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนและผู้ร่วมกระบวนการได้มีส่วนร่วมได้มากที่สุด

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2556: ออนไลน์) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เกิดจากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้ของเรา เป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง ที่เรียกว่า active learning โดยมีวิทยากรหรือผู้สอนจัดกระบวนการเรียนการสอน ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้มากกว่า การถ่ายทอดความรู้ จากวิทยากรสู่ผู้เรียนแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้น กระบวนการสร้างความรู้ จึงต้องอ้างอิงจากประสบการณ์ของผู้เรียน ผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำ (Learning by Doing) การเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สำหรับผู้เรียนตั้งแต่สองคนขึ้นไป หรือโดยการ แบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกัน โดยในกลุ่มประกอบด้วย สมาชิกที่มีความสามารถแตกต่างกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการช่วยเหลือพึ่งพากัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งในส่วนตนและส่วนรวม เพื่อให้ตนเองและสมาชิกทุกคนในกลุ่มประสบ ความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งตรงข้ามกับการเรียนที่เน้นการแข่งขันและการเรียนตามลำพัง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยพื้นฐานสำคัญ คือ 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ดังนั้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) สรุปได้ดังภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สำหรับผู้เรียนตั้งแต่สองคนขึ้นไป หรือโดยการแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้มากกว่าการถ่ายทอดความรู้ ดังนั้น กระบวนการสร้างความรู้ จึงต้องอ้างอิงจากประสบการณ์ของผู้เรียน ผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำ (Learning by Doing) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้

วุฒิสกดิ์ พิศสุวรรณ (2553: 68-69) กล่าวว่า การสอนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสอนความรู้ (ด้านพุทธิพิสัย) การสอนเจตคติ (ด้านจิตพิสัย) และการสอนทักษะ (ด้านทักษะพิสัย) โดยการสอนแต่ละด้านมีดังนี้

1. การสอนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านพุทธิพิสัยหรือการสอนความรู้โดยใช้หลักการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยสร้างพื้นฐานและองค์ประกอบทั้งหมด นั่นคือ ความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้สอนทราบถึงความรู้ ประสบการณ์เดิมของผู้เรียน 2) ความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ผู้เรียนนำเสนอ ผู้สอนสรุปแนวคิดรวบยอด บรรยายเพิ่มเติม และเชื่อมโยงประสบการณ์นั้นกับความคิดรวบยอด 3) การสะท้อน/อภิปราย ผู้สอนสามารถจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น และเป็นการเตรียมความรู้ในการนำไปใช้ การสอนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ด้านพุทธิพิสัยหรือการสอนความรู้มีลักษณะเฉพาะ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้
ประสบการณ์	ตั้งคำถามเพื่อรวบรวมจากประสบการณ์ส่วนที่เป็นความรู้เดิมของผู้เรียน
การสะท้อนความคิดและอภิปราย	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้เพื่อสร้างความรู้ใหม่ขึ้นในกลุ่มตามที่ได้รับมอบหมาย
การสรุปความคิดเห็น	การบรรยาย(โดยผู้สอนหรือสื่อ) การรายงานผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มโดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด	ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น ทำรายงานเขียนคำขวัญ เรียงความ

ที่มา: วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ. (2553: 68).

2. การสอนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านจิตพิสัย หรือการสอนด้านเจตคติ
เจตคติบางอย่างปรับเปลี่ยนได้ ถ้าเห็นว่าตนเองอาจได้รับอันตราย นักจิตวิทยาได้นำเสนอวิธีการเปลี่ยนแปลงเจตคติไว้ 3 ประการ (สุชา จันทน์เอม. 2536: 245) คือ 1) การชักชวน (Persuasion) มีบุคคลจำนวนมากสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเจตคติใหม่หลังจากการได้รับคำแนะนำ บอกเล่าหรือรับความรู้เพิ่มเติม 2) การเปลี่ยนกลุ่ม (Group Change) กลุ่มมีอิทธิพลต่อการสร้างเจตคติของบุคคลอย่างมาก ฉะนั้นหากจะเปลี่ยนเจตคติของบุคคลอาจต้องลองเปลี่ยนกลุ่ม สมาชิกจะช่วยให้เจตคติเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda) เป็นการชักชวนให้คนมาสนใจหรือรับรู้โดยสร้างสิ่งแปลกใหม่

2.1 ความหมายของคำว่า เจตคติ

พิภพ วังเงิน (2547: 403) คำว่า เจตคติ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Attitude มาจากคำว่า Aptus ในภาษาละติน บางครั้งแปลคำนี้ว่า ทักษะ หรือท่าที ปัจจุบันคำนี้ก็ยังคงแพร่หลายอยู่ แต่นักวิชาการได้บัญญัติศัพท์ขึ้นมาใหม่ คือ เจตคติ โดยต้องการใช้ศัพท์ที่ทันสมัยมากขึ้น

ราชบัณฑิตยสถาน (2546: 321) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติศัพท์คำว่า เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2538: 149) กล่าวว่า ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้น คนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยแตกต่างกัน ทัศนคติแม้จะเป็นสิ่งที่เป็นนามธรรมแต่เป็นสิ่งที่จริงสำหรับบุคคลที่มีทัศนคตินั้น

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2548: 68) กล่าวว่า ทศนคติ หมายถึง การประเมินหรือการตัดสินเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ คน หรือเหตุการณ์ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างโดยมีความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นพื้นฐาน

วิเชียร วิทย์อุดม (2547: 45) กล่าวว่า ทศนคติเป็นแบบแผนของความรู้สึก ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล กลุ่มคน แนวคิด สิ่งที่แสดงออกหรือวัตถุประสงค์โดยตรงที่ทศนคติคือ อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมโดยรวม

สรุปได้ว่า เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ หรือความโน้มเอียงที่จะแสดงออกต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สถาบัน สถานการณ์ และเรื่องราวต่างๆ ไปในทางใดทางหนึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้าน คือ ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

2.2 องค์ประกอบของเจตคติ เจตคติหรือทศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญโดยทั่วไป (สร้อยตระกูล อรรถมานะ. 2542: 64-65; และปราณี ทองคำ. 2539: 147) ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นการแสดงออกซึ่งความรู้ ความคิดหรือความเชื่อ ที่มีผลจากการเรียนรู้ในประสบการณ์ต่างๆ จากสภาพแวดล้อม 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นสภาพทางอารมณ์ (Emotion) ประกอบกับการประเมิน (Evaluation) ในสิ่งนั้นๆ อันเป็นผลจากการเรียนรู้ในอดีต ความรู้สึกต่างๆอาจทำให้บุคคลเกิดความยึดมั่นและอาจแสดงปฏิกิริยาตอบโต้หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึก 3) องค์ประกอบด้านแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ตนชอบหรือเกลียด อันเป็นการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้น

2.3 การสอนด้านเจตคติแบบมีส่วนร่วม โดย 1) การสอนด้านเจตคติเป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความสุข ความคิด ความเชื่อมโยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีของบุคลากรให้มีต่อองค์กร งานที่ปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็นและถ้าบุคลากรมีเจตคติที่ดีแล้ว แนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดีย่อมเกิดขึ้นได้ง่าย 2) การสอนเจตคติมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การสร้างความรู้สึกที่สอดคล้องกับเจตคติ โดยใช้สื่อหรือกิจกรรมเปิดเผยตัวตน และการจัดระบบความคิดความเชื่อโดยอภิปรายข้อขัดแย้ง สรุปประยุกต์แนวคิด 3) จัดทำแผนการอบรมเจตคติ

ตาราง 5 แสดงลักษณะเฉพาะของการสอนเจตคติที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของการเรียนรู้/กลุ่ม	ลักษณะเฉพาะของการสอนเจตคติ
ขั้นสร้างความรู้สึก ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	ผู้สอนนำเสนอสื่อ/กิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึก เช่น วีดิทัศน์
ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนให้แต่ละกลุ่มสร้างกิจกรรม
กิจกรรม สะท้อนความคิดและอภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้เพื่อสร้างความรู้ใหม่ขึ้นในกลุ่ม ตามใบงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้เกิดความคิดเห็นหรือความรู้สึกแตกต่าง
การสรุปความคิดเห็นรวบยอด กลุ่มใหญ่	การบรรยาย(โดยผู้สอนหรือสื่อ) ตัวแทนกลุ่มย่อยรายงานผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของกลุ่มโดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด	ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น ทำรายงาน เขียนคำขวัญ เรียงความ

ที่มา: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545).

2.4 การวัดเจตคติ สามารถวัดได้โดยการสร้างแบบวัดเจตคติ เพื่อถามความรู้สึกต่อสิ่งเร้าในรูปของความชอบหรือไม่ชอบ รูปแบบวัดเจตคติที่นิยมใช้มีอยู่ 3-4 วิธี คือ (สุวิทย์ บุญช่วย; และคนอื่นๆ. 2541: 10-12; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2538: 166)

2.4.1 วิธีลิเคิร์ตสเกล (Likert. 1932: 1-55) เป็นวิธีการวัดเจตคติที่รู้จักกันแพร่หลายมากที่สุดวิธีหนึ่ง การวัดเจตคติของลิเคิร์ต เริ่มด้วยการรวบรวม หรือเรียบเรียงข้อความที่เกี่ยวข้องกับเจตคติที่ต้องการจะศึกษา ให้ความหมายสิ่งที่ต้องการจะวัดให้แน่นอน ชัดเจน และครอบคลุมขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการวัดทั้งหมด และข้อความที่สร้างขึ้นต้องประกอบไปด้วยข้อความที่สนับสนุนและต่อต้านในเรื่องที่ต้องการจะวัด กล่าวคือ มีข้อความที่เป็นบวกและเป็นลบคละกันไป และนำข้อความที่รวบรวมได้ไปลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะทำการศึกษา โดยกำหนดคำตอบของแต่ละข้อความให้เลือกตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การให้คะแนนระดับความคิดเห็นนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นข้อความที่สนับสนุนหรือเป็นบวก ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 5 คะแนน และลดลงไปจนถึงตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 1 คะแนน ส่วนข้อความที่ต่อต้านหรือเป็นลบ ถ้าตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 5 คะแนน และลดลงเรื่อย ๆ ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน คะแนนของผู้ตอบแต่ละคนในแบบวัดเจตคติ คือ ผลรวมของคะแนนทุกข้อในแบบวัดเจตคติ ซึ่งลิเคิร์ตถือว่าผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดย่อมมีโอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นมาก และในทำนองเดียวกันผู้ที่มีเจตคติไม่ดีต่อสิ่งใดนั้นโอกาสที่จะเห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นก็จะมีน้อย และโอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงเจตคติของผู้ตอบในแบบวัดเจตคติของแต่ละคน

2.4.2. วิธีเทอร์สโตนสเกล (Thurstone. 1967) ในทางปฏิบัติ หมายถึง วิธีการให้น้ำหนักหรือคะแนนแต่ละข้อความที่ประกอบขึ้นมาเป็นสเกล ข้อความแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน โดยเทอร์สโตนได้ยึดหลักที่ว่าคุณลักษณะใดๆ ในความรู้สึกของคนเรานั้นจะมีตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุด ไปจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด โดยจะแบ่งช่วงความรู้สึกออกเป็น 11 ช่วงเท่าๆ กัน ความคิดเห็นแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักค่าเจตคติต่างกันไปขึ้นอยู่กับข้อความความคิดเห็นนั้นๆ

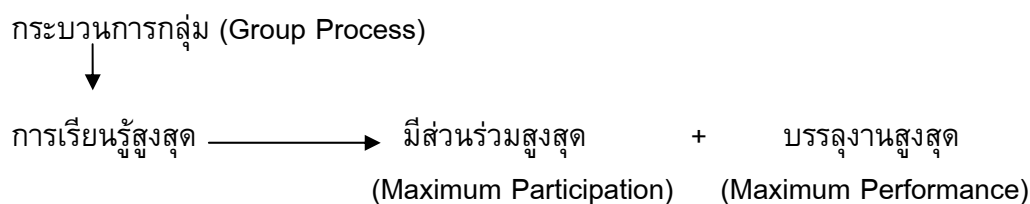
สรุปได้ว่า การวัดเจตคติมีหลายวิธี อาทิ วิธีของลิเคิร์ท วิธีของเทอร์สโตนสเกล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการวัดเจตคติตามวิธีของลิเคิร์ท ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันแพร่หลาย โดยนำวิธีนี้มาประยุกต์ใช้ในการวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น โดยวัดเจตคติเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด และวัดเจตคติทั้งทางบวกและทางลบ

3. การสอนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านทักษะ(ด้านทักษะพิสัย) การสอนหรือการอบรมผู้เรียนจะได้รับการพัฒนาทางด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ผสมผสานกันไป บางครั้งอาจเน้นด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าขึ้นกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ส่วนใหญ่หลักสูตรในการอบรมบุคลากรให้ปฏิบัติงานได้ มักเป็นการสอนให้เกิดทักษะ โดยทำขั้นตอนปฏิบัติให้ง่ายและผู้เรียนมีโอกาสมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง การสอนทักษะมี 2 ขั้นตอน 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะนั้นๆว่าทำอะไร และ 2) ขั้นลงมือทำเป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มา

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการสอนโดยแบ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสอนความรู้ (ด้านพุทธิพิสัย) การสอนเจตคติ (ด้านจิตพิสัย) และการสอนทักษะ (ด้าน ทักษะพิสัย) ในการวิจัยครั้งนี้ มีการสอนและประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ครบทุกมิติการสอน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย

3.3.4 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2543: 18-19) ดังภาพประกอบ 15



ภาพประกอบ 15 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ที่มา: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2543: 18-19).

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ที่สุด กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน ซึ่งการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมกับผู้เรียนและกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ช่วยให้การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ได้ โดยกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 หลักการออกแบบกลุ่มในการเรียนรู้เพื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมกลุ่ม	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน (Pair Group)	ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ทุกคนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นหรือฝึกปฏิบัติ	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Group)	ผู้เรียนจับกลุ่ม 3 คนแต่ละคนมีบทบาทชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันไป	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้บทบาท และสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระฉับกระเฉง
กลุ่มย่อยระดมสมอง(Buzz Group)	เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คนเพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกัน	ต้องการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในเวลาสั้นๆ ได้ข้อสรุปที่ไม่ลึกซึ้งมากนัก	ขาดความลึกซึ้งเพราะไม่มีมีการอภิปรายกันมาก

ตาราง 6 (ต่อ)

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมกลุ่ม	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่มเล็ก (Small Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คนทำกิจกรรมที่ได้	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับมอบหมายจบลุล่วง	ใช้เวลามากอภิปรายกันอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป
กลุ่มใหญ่ (Large Group)	เป็นการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ 15-30 คนหรือทั้งชั้น	ต้องการให้เกิดการโต้แย้งหรือรวบรวมความคิดจากกลุ่มย่อย	บางคนอาจให้ความสนใจหรือมีส่วนร่วมน้อยเพื่อหาข้อสรุป
กลุ่มไขว้ (Cross-over Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอนโดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนเชี่ยวชาญแล้วรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อบูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพของตนในการสร้างความรู้ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมและได้น้อมนำมาขึ้น	ใช้เวลามากอาจมีความรู้ที่ตกหล่น
กลุ่มแบ่งย่อย (Sub Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน จากกลุ่ม 8-12 คน แบ่งเป็น 3-4 กลุ่ม เพื่อให้ทำงานกลุ่มละอย่าง (ที่ไม่เหมือนกัน) แล้วนำมารวมกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อบูรณาการ	ไม่มีวิทยากรประจำกลุ่มย่อย หลังแบ่งกันทำงานแล้วจะมาสรุปความเห็นในกลุ่มใหญ่	ในการทำงานกลุ่มใหญ่ต้องใช้วิทยากรประจำกลุ่มช่วยดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
กลุ่มปิรามิด (Pyramid Group)	รวบรวมความคิดเห็นเริ่มจากกลุ่ม 2-4 คน ทวีขึ้นเป็นชั้นๆจนครบทั้งชั้น	สร้างความตระหนักและความเข้าใจในความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย	ขาดข้อสรุปหรือความลึกซึ้ง

ที่มา: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556: 18-19).

จากตาราง 6 จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่หลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรม ในแต่ละชั่วโมงสอนจะทำให้ผู้เรียนเกิดการมีส่วนร่วมตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภทการทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ดีมาก มีการเคลื่อนไหวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกที่มีความสามารถแตกต่างกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมีการช่วยเหลือพึ่งพากัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งในส่วนตนและส่วนรวม เพื่อให้ตนเองและสมาชิกทุกคนในกลุ่มประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้การเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมแบบกลุ่มเล็ก (Small Group) ขนาดกลุ่มละ 6 คน รวมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb) มี 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์รูปธรรม การไตร่ตรอง การสรุปหลักการนามธรรม และการทดลองหรือประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง

4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต ที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้นความตาย (death) และภาวะใกล้ตาย (dying) มีความหมายต่างกัน ความตายเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในที่สำคัญหยุดลงอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ภาวะใกล้ตายเป็นกระบวนการของการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในที่สำคัญของร่างกาย กล่าวได้ว่า ภาวะใกล้ตายเป็นพัฒนาการที่ดำเนินควบคู่กันมากับการมีชีวิต จึงเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย (บาเพ็ญจิต แสงชาติ. 2547: 34) นอกจากนี้ ความตายเป็นกฎธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใดก็ต้องเผชิญ และทุกคนต่างยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์แต่ละคน แต่ละชาติพันธุ์ในแต่ละสิ่งแวดล้อมย่อมมีสุขภาพ ความเจ็บป่วยและอายุขัยที่แตกต่างกัน (สันต์ หัตถิรัตน์. 2544: 114) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอยู่ระหว่างความเป็นและความตายเทคโนโลยีดังกล่าวได้เข้ามามีบทบาท ทำให้การมีชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปแบบฝืนธรรมชาติ ไม่สามารถคิดหรือรับรู้อะไรได้และไม่รู้ว่าต้องอยู่ในสภาพนี้ยาวนานเพียงใดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด การดำเนินของโรคมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ (Weinreb; Kinzbrunner; & Clark. 2002: 91-145)

4.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal ill patients) มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ ดังนี้

จอห์นสัน, เฮน และบัวร์เจียส์ (Johnson; Henne; & W. J. Bourgeois. 2003: 24) กล่าวว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

เคมปี (Kemp. 1995: 4) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและ/หรือจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจากความขัดแย้ง ความพ่ายแพ้ ความหวังและขาดความมั่นใจ การพยายามให้มีจุดประสงค์ เพื่อลดความทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เตรียมพร้อมเผชิญกับความตาย

สันต์ หัตถิรัตน์ (2544: 110) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บหนักและ/หรือผู้ป่วยที่หมดหวัง โดยให้ความหมายไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนและระบบหายใจหมดหวังที่จะมีชีวิตรอดได้หรือสภาพจิตใจได้รับความทุกข์ทรมานอย่างสาหัสจากอาการเจ็บป่วย
2. ผู้ป่วยที่หมดหวัง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ทำการรักษาให้ความเห็นว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่หมดหวังจึงหมายถึงหมดหวังในความเห็นของแพทย์เท่านั้น ตัวผู้ป่วยหรือญาติอาจไม่รู้สึกละอายใจก็ได้
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่า จะเป็นการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

อารียา ด้านผาทอง (2552: 16) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและมีข้อบ่งชี้ว่าจะมีอาการเสื่อมลง อาจมีชีวิตอยู่ได้นานไม่ถึง 6 เดือน

อรรถรณ รัตนสุวรรณ (2555: 1) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลุกลามจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆอีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามถึงชีวิตได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือรอดชีวิต จุดมุ่งหมายของการดูแลเพื่งเพื่อประคับประคองอาการ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ในฐานะบุคคลที่ต้องการความเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

4.2 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แม้ว่าคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าความตาย คือ ธรรมชาติของชีวิตที่ไม่มีใครหนีพ้น แต่ทุกคนมักปฏิเสธความตาย และคิดอย่างเข้าข้างตนเองว่า ความตายเป็นเรื่องที่อยู่ไกลตัว ในคนที่เชื่อว่ามีชีวิตเบื้องหลังความตาย อาจมีการเตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้า เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงจึงอาจมีความกลัวน้อยกว่าคนที่ไม่เชื่อว่ามีชีวิตหลังการตาย คนส่วนใหญ่มองว่าการตายทำให้หลุดพ้นจากสิ่งที่รักและผูกพัน จึงพยายามแสวงหาวิธีการที่หลากหลาย เพื่อช่วยให้มีความหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาวออกไป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้จะเสียชีวิตจึงมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมก่อนตายในแต่ละคนนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ สภาพร่างกายขณะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการคิด อารมณ์ การเผชิญปัญหา แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ ศาสนาและความเชื่อ (ทัศนีย์ ทองประทีป. 2548: 31-39)

คับเบอร์-รอส (Kubler-Ross. 1997: 214) ให้ความเห็นว่า ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงการปรับตัวต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรค ตั้งแต่เริ่มรับรู้วินิจฉัยไปจนถึงระยะสุดท้าย ซึ่งแบ่งปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation) เกิดขึ้นเมื่อรับรู้เกี่ยวกับความตายของตนเอง เป็นวิธีการจัดการกับความไม่สบายและสถานการณ์ที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยจะตกใจและช็อก เนื่องจากเตรียมใจไม่ทัน การปฏิเสธเป็นกลไกอย่างหนึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับทราบการวินิจฉัยโรคโดยผู้ที่แจ้งไม่ได้ทำความเข้าใจผู้ป่วยอย่างเพียงพอหรือแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบเร็วเกินไป ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับความจริง จะมีความคิดว่า “ไม่ใช่ตัวเรา” “ไม่ใช่เรื่องจริง” โดยทั่วไประยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และจะค่อยๆยอมรับได้ทีละน้อย แต่บางรายก็จะอยู่ในระยะนี้จนนาทีสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะนี้ พยาบาลไม่ควรบอกให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความตาย ควรประคับประคองสถานการณ์ไว้ปล่อยให้ผู้ปวยรู้สึกเช่นนั้นไปก่อน จนเมื่อใดที่เขายอมรับความจริงได้เขาจะเปิดเผยความรู้สึกกับพยาบาล ถ้าเมื่อไรที่ผู้ป่วยต้องการพูดคุยเรื่องการตายของเขาพยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนและเป็นผู้ฟังที่ดี

2. ระยะโกรธ (anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ ลักษณะที่เด่นชัดของผู้ป่วยระยะนี้คือ ความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดต่อตัวเองและคนที่อยู่รอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ ปฏิเสธยา และอาหาร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีคำตำหนิต่อคนรอบครัว แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ และคิดว่า “ไม่ยุติธรรม” ที่ตนเองกำลังจะสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต

3. ระยะต่อรอง (bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวัง เพื่อยืดเวลาที่จะมีชีวิตยืนยาวออกไป อาจมีเหตุผลว่ารอญาติมาให้พร้อมกันก่อนหรือเพื่อทำกิจกรรมที่ค้างคาอยู่จนสำเร็จก่อน โดยผู้ป่วยมักต่อรองโดยสัญญาว่าจะปฏิบัติตนหรือเลิกการกระทำบางอย่าง มีการทำพิธีทางศาสนาที่ตนเคารพนับถือ และทำการบนบานศาลกล่าวต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์

4. ระยะซึมเศร้า (depression) เมื่อความเจ็บป่วยไม่บรรเทาและยังทวีความรุนแรงขึ้น มีความทุกข์ทรมานยิ่งขึ้น จึงคิดว่าตนเองจะต้องจากไปในเวลาอันใกล้ การแสดงออกที่เด่นชัดในผู้ป่วย คือ จะเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง ท้อแท้ หดหู่ ไม่พูดจา นอนไม่หลับ ร้องไห้คนเดียว ความคุมตัวเองไม่ได้ เนื่องจากสูญเสียหลายอย่างเช่น ใกล้เสียชีวิต เสียอวัยวะ เสียเงิน ไม่สามารถดูแลบุตรและครอบครัว ระยะนี้อาจคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ พยาบาลควรให้การดูแลต้องเข้าใจถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้การดูแลอย่างเข้าใจ ทำตัวเป็นเพื่อนและเสนอตัวเมื่อผู้ป่วยต้องการ

5. ระยะยอมรับ (accept) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสีย ยอมรับต่อการตายที่จะเกิดขึ้นด้วยอารมณ์สงบ เข้าใจว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต พร้อมทั้งจะพักผ่อนและเตรียมตัวเพื่อการจากไป ซึ่งช่วงเวลานี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่จะอยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยบางคนต้องการคนที่เข้าใจมานั่งข้างๆ โดยไม่ต้องพูดสิ่งใด ควรใช้สายตาและการสัมผัส ในการสื่อสารกับผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดในช่วงนี้คือ การถูกทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

การปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 5 ระยะนี้ อาจไม่เป็นไปตามลำดับ อาจเกิดย้อนกลับไปกลับมาในแต่ละระยะ หรืออาจเกิดเลื่อมซ้อนกัน หรือเกิดขึ้นพร้อมกันขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการแสดงออกถึงการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป พยาบาลจึงต้องยอมรับ เข้าใจ ให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความใส่ใจ เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร ให้เกียรติและให้ความเคารพทั้งต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ

เวียสแมน (Weisman, 2000: 25) กล่าวว่า ระยะของการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อทราบผลการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะมีอาการช็อก เมื่อทราบความจริงว่าตนจะต้องตาย

2. ระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใดๆ บางรายอาจกลับไปทำงานเหมือนเดิม และประพฤติดนเหมือนกับว่าตนไม่มีโรคใดๆ

3. ระยะเสื่อมและถดถอย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ อาการของโรคกำลังกำเริบขึ้นอย่างชัดเจน มีการเสื่อมทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เริ่มคิดถึงอนาคต ความตายและการพึ่งพาผู้อื่น แต่ยังมีความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง

4. ระยะสุดท้าย มุ่งเพื่อการประคับประคอง เป็นระยะที่รอคอยความตายซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552: 111) แบ่งปฏิกิริยาการปรับตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น 6 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะตกใจ เมื่อมนุษย์ได้รับข่าวร้ายเกือบทุกคนก็จะรู้สึกตกใจทันที ระยะนี้จะมี ความรุนแรงน้อย และคงอยู่ชั่วคราวสำหรับคนที่มีสติ แต่อาจจะรุนแรงมากและคงอยู่นาน สำหรับที่ ไม่มีสติ อาจยืดเยื้อออกเป็นเวลาหลายวัน หลายสัปดาห์ ทำให้กลายเป็นคนเฉื่อยล้า หลงลืม

ระยะที่ 2 ระยะปฏิเสธ ระยะนี้มักเกิดตามหลังระยะตกใจ หรืออาจเกิดพร้อมหรือเกิดก่อนก็ได้ ผู้ที่ได้ข่าวร้ายมักจะไม่เชื่อ ระยะนี้อาจเป็นระยะสั้นหรือยาวนานกับหลักฐานและศรัทธาที่มีต่อผู้ให้การรักษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะที่ยอมรับแล้วเกิดความเสียใจหรือโกรธ เป็นระยะที่ยอมรับว่าข่าวร้ายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง จะเกิดความเสียใจ เสียหาย โกรธ ระยะนี้มักจะมีอาการหงุดหงิด จุนเจียว ระแวง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ระยะนี้จะสั้นหรือยาวนานขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆ ของแต่ละคน

ระยะที่ 4 ระยะต่อรอง อาจเกิดพร้อมกับระยะที่ 3 หรืออาจเกิดก่อนก็ได้ เป็นระยะที่ผู้ป่วย ซึ่งได้รับข่าวร้าย พยายามต่อรองเพื่อให้ข่าวร้ายนั้นไม่เกิดขึ้นหรือไม่รุนแรง อาจจะเป็นการพนัน การสาธยาย หรือหนีไปหาหมอคนใหม่ ขอร้องให้ตรวจซ้ำให้แน่ใจ ซึ่งระยะนี้จะสั้นหรือยาวนานขึ้นอยู่กับหลักฐานและศรัทธาต่อผู้ให้การดูแลรักษา

ระยะที่ 5 ระยะที่ยอมรับความหมดหวังและเกิดอาการเศร้าซึม มักเกิดตามหลังระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 เป็นระยะที่เริ่มยอมรับว่าข่าวร้ายนั้น ไม่สามารถแก้ไขหรือดูแลรักษาให้ดีขึ้นเท่าที่ ต้องการเกิดอาการเศร้าซึม ไม่พูดหรือพูดน้อยลง รับประทานอาหารน้อยลง นอนไม่หลับ เหม่อลอย ระยะนี้จะสั้นหรือยาวนานขึ้นอยู่กับความเข้าใจในการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และความสามารถในการปรับระดับจิตของตนขึ้นไปสู่ระยะสุดท้าย หรือระยะเวลาปลงตกได้

ระยะที่ 6 ระยะที่ปลงตก ระยะนี้จะเกิดตามหลังระยะที่ 5 เป็นระยะที่ยอมรับความสูญเสียที่เกิดขึ้น เป็นการยอมรับด้วยความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต เป็นการยอมรับความตาย หรือการสูญเสียโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยที่สามารถปลงตกได้ จะกลายเป็นคนมีความสุข ยิ้มแย้มแจ่มใส รับประทานอาหารได้ นอนหลับ

สรุปได้ว่า การปรับตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอารมณ์แตกต่างกัน แต่ยังคงมีความคาบเกี่ยวเชื่อมต่อกันในแต่ละระยะจะใช้เวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งการได้รับอิทธิพลจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง และทีมสุขภาพ

4.3 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการในหลายๆ ด้าน เป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในสถานการณ์เฉพาะระหว่างความเป็น (การมีชีวิตอยู่) กับความตาย (living-dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักรู้ว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะนำมาซึ่งความตาย และไม่มีโอกาสฟื้นคืนชีพเพื่อกลับมีชีวิตได้ดังเดิม ผู้ป่วยจึงต้องสูญเสียสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต (Beare. 1990: 424) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการเผชิญกับความตายแตกต่างกัน และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายต่างกัน ความต้องการต่างกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากจะมีความต้องการทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีความต้องการในส่วนที่เป็นนามธรรม คือ จิตใจ/อารมณ์ และจิตวิญญาณ จากการศึกษาของไฮฟิลด์ (Highfield, M. 1992: 1-8) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุ ต่างก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณและจะปรากฏเด่นชัดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความตาย

ในทางปฏิบัติแล้วความต้องการด้านจิตวิญญาณแยกยากกับความต้องการด้านจิตใจ เพราะความต้องการดังกล่าวแสดงออกด้วยอารมณ์และพฤติกรรมเช่นเดียวกัน การพยาบาลด้านจิตวิญญาณจึงไม่สามารถแยกออกจากการพยาบาลด้านอื่นๆ ได้ โดยจะปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม อย่างไรก็ตามในทางทฤษฎีจำเป็นต้องแยกอธิบายเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำไปสู่การปฏิบัติ เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้อย่างกล้าหาญและมีศักดิ์ศรี มีโอกาสบอกลา หรือขอโทษกรรมแก่ญาติ และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังว่าจะได้ไปเกิดในสุคติภูมิ หรือไปสู่ดินแดนของพระเจ้าตามความเชื่อ (ทัศนีย์ ทองประทีป. 2548: 2)

ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางที่ทรุดลงเรื่อยๆ อวัยวะต่างๆ เสื่อมโทรมลง ต้องการลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย และความสุขสบาย จากการศึกษาของนุจรินทร์ ลภณกุล (2543: 57) ซึ่งได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกายและพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งนักวิชาการได้กล่าวถึงความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

เบเวอร์ลี (Beverly. 1977: 633-635) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ จะไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงด้วย ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังนี้

1. ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาดของผิวหนัง ผมและภายในปาก ความสะอาดของร่างกายจากอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้น แต่การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ผิวหนังจะเย็นและมีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยต้องการความสุขสบาย

2. ต้องการพ้นจากความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งจะเจ็บปวดมาก การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเป็นครั้งคราวตามความรุนแรง ปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะไม่ได้ช่วยควบคุมความเจ็บปวด แต่กลับเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับผู้ป่วยและบุคลากรรอบข้าง จึงควรให้ยาควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเลย หรือให้เจ็บปวดน้อยที่สุด

3. ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การดูแลในเรื่องการคั่งค้างของเสมหะ การให้ออกซิเจน การจัดท่านอน เพื่อให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง และได้รับออกซิเจนเพียงพอ

4. ต้องการได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มเสียการทำงานของระบบประสาทเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และในการเคลื่อนไหว

5. ต้องการการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการกลืนไม่ลง เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง จึงควรให้น้ำและอาหารแต่น้อยเท่าที่ผู้ป่วยรับได้

6. ต้องการการดูแลในเรื่องระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป อาจมีอาการท้องผูก หรือกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หรือปัสสาวะกั่งได้ง่าย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือและทำความสะอาด เพื่อก่อให้เกิดความสุขสบายและปราศจากกลิ่นรบกวน

7. ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8. ต้องการได้รับการประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา การมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสจะลดลงด้วย

สรุปได้ว่า ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบรรเทาอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เน้นความสุขสบาย ปลอดภัยและการดูแลอย่างใกล้ชิด

ความต้องการด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการรักษาเพื่อให้หายขาดนั้นไม่สามารถทำได้ จะยังได้รับผลกระทบทางจิตใจเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีความเข้าใจ และมีความรู้ในการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตช่วงสุดท้ายที่ดีและมีคุณค่าเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ และควรมีบทบาทในการดูแลญาติของผู้ป่วยด้วย (ธนิดา หิรัญเทพ. 2555: ออนไลน์) ความต้องการด้านจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองและมีความสุข ปลอดภัย แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแต่ก็ยังมีความสุข และต้องการมีความสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Carven; & Wald. 1977: 1816-1822) ให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือดูแลความต้องการด้านจิตสังคมมี ดังนี้

1. ต้องการได้รับการดูแลด้านการติดต่อสื่อสาร ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชีวิต และการเจ็บป่วยของเขา จากการศึกษาของลาร์สัน (Larson. 1986: 86-91) พบว่า การรับรู้ของ พยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ การให้ ข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยมีความสำคัญยิ่ง และการปิดบังเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลใน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และอาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ไว้ วางใจแพทย์และพยาบาลได้ เคอร์ติน (Curtin. 1996: 56-60) ศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย 9000 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคที่ตนประสบอยู่ซึ่งจะ ทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความ ต้องการของผู้ป่วย

2. ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกว่าตนเองในสถานการณ์ที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ความสมดุลระหว่างความเป็นอิสระและการพึ่งพา ต้องคงไว้สำหรับผู้ป่วย นานเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการตัดสินใจ การให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจและสามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ของเขา การให้ผู้ป่วยมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม การไม่ชอบที่ใด ต้องการให้ใครมาเยี่ยมบ้าง ต้องการรับประทานอาหารชนิดใดและเวลาใด เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมีและช่วยประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน

3. ต้องการความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว จะทำให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทักษะในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความตาย

4. ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ บ่อยครั้งมักพบว่าโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มไปด้วย ความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกแยกและรู้สึกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่าในการมีส่วนร่วม กับผู้อื่น

5. ต้องการได้รับความช่วยเหลือและพัฒนาทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะในระยะปฏิเสธ โกรธ และซึมเศร้า

6. ต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ญาติและบุคคลที่รักให้พ้นจากภาวะโศกเศร้าจากการ สูญเสียผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นห่วงญาติ สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วย คือ ความสูญเสีย และความเศร้าโศก ญาติจะเจ็บปวด วิตกกังวล ท้อแท้และอาจก้าวร้าวกับพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจึง ต้องคำนึงช่วยเหลือญาติและครอบครัว สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติได้ แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาเศร้าโศกของครอบครัวและเมื่อ ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิต ต่อไปได้ (Wyatt. 1993: 701-704; Beare. 1990: 435)

สรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตสังคม จิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่ควรละเลย เนื่องจากกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีความกลัว ความวิตกกังวล กลัวการพลัดพราก เมื่อรู้สึกลัวความตายกำลังจะมาเยือน การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ช่วยให้การดำเนินชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณมีอิทธิพลต่อชีวิต เป็นแหล่งของความเข้มแข็ง การดำรง ความมั่นคง และคุณภาพของชีวิต (Watson. 1985: 92) ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ให้ความรู้สึที่ติดตรึงฝังแน่นอยู่ภายในส่วนลึกๆ ของจิตใจภายในบุคคล บุคคลจึงวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มุ่งหวังนั้น แต่ถ้าหากบุคคลต้องประสบกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ปัจจัยที่ฝังแน่นภายในอาจถูกกระทบให้เปลี่ยนไป โดยมีนักวิชาการศึกษาได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ ดังนี้

คาร์สัน (Carson. 1989: 271-273) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ดังนี้

1. ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต จากการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยตะเกียกตะกายที่จะค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่พบความหมายของชีวิต ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทรมาน สับสน คับแค้นใจ คิดว่าทำไมโรคร้ายจึงเกิดขึ้นกับตน ตลอดชีวิตที่ผ่านมาทำดีเพื่ออะไร เกิดมาทำไม เกิดมาแล้วก็ต้องตาย ตายแล้วไปไหน อะไรเป็นเป้าหมายของชีวิต และใครเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถหาคำตอบได้ ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ไปทำไม ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตายหรือปฏิเสธความตายจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต

2. ต้องการความรัก ความรักที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการ คือ ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข เพราะในสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยประสบนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความรักตอบแทนผู้อื่นได้ ผู้ป่วยเป็นฝ่ายได้รับความรัก และต้องการแสดงออกถึงความรักที่ตนมีต่อผู้อื่นตามสภาวะที่พึงปฏิบัติได้

3. ต้องการได้รับการอภัย บุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จะเริ่มตระหนักว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยจะคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาในอดีตซึ่งมีทั้งประสบความสำเร็จและไม่สมหวังหรือล้มเหลว มีทั้งการประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกผิดเกิดขึ้น และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจมีผลมาจากตนเองที่ไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างดี หรือเป็นเพราะเคราะห์กรรมที่เคยกระทำแต่ปางก่อน สิ่งทั้งหลายเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและเศร้าหมอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเองและจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

4. ต้องการมีความหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ความหวังเป็นสิ่งเดียวที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายได้ ดังนั้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตตลอดเวลา ซึ่งความหวังไม่ใช่ความหวังที่จะหายจากโรค แต่เป็นความหวังที่จะได้รับการดูแลอย่างดี หวังที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการของตน หวังจะบรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่คาดหวังไว้ และในผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนาของตนก็ต้องมีความหวังในโลกหน้า โดยหวังว่าเมื่อตายไปแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขในสวรรค์หรือภพหน้า (Beare. 1990: 431)

5. ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนจะสิ้นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนต้องการได้สัมผัสความสงบภายใน ไม่มีการรบกวนใดๆ ที่กระทำกับผู้ป่วยก่อน วิญญาณของเขาจะจากร่างกายไป เพราะในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นเสียงดังหรือเสียงแผ่วเบา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าจิตกำลังแยกออกจากร่างกาย ความรู้สึกนี้ไม่ขึ้นกับประสาทสัมผัสทางกายอีกแล้ว แต่เป็นความรู้สึกสงบสุขกับประสบการณ์ใหม่และจะไม่มีความรู้สึกเจ็บป่วยอีกเลย (Carson. 1989: 273)

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552: 4) สรุปความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) ความรักและความสัมพันธ์ (love and connectedness) 2) การค้นหาความหมายของชีวิต และการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) 3) การขอโทษหรือการให้อภัย (forgiveness) 4) การปฏิบัติตามหลักศาสนา (religious practice) และ 5) ความหวัง (hope)

สรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นส่วนที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลทางกาย การดูแลด้านจิตวิญญาณก็มีอิทธิพลต่อชีวิต เป็นแหล่งของความเข้มแข็ง การค้าจุน ความมั่นคง และคุณภาพของชีวิต เพื่อพบความสงบสุขในที่สุด

ดังนั้น ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม จึงมีความต้องการดูแลแบบองค์รวม ในฐานะมนุษย์ที่มีความต้องการหลากหลายทั้ง ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งออกจากกันได้ (Stepnick; & Perry. 1992: 17-24) ถึงแม้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพหมดหวังจากการรักษาให้มีชีวิตรอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ฉะนั้นพยาบาลจึงไม่ควรทอดทิ้งหรือมุ่งตอบสนองแต่ความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามสภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และไม่คิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความล้มเหลวในการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งกำลังอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยได้มากกว่านี้อีกแล้ว ทำให้พยาบาลบกพร่องหรือละเลยต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4.4 ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คนส่วนใหญ่มองว่าการตายทำให้พลัดพรากจากสิ่งที่รักและผูกพัน จึงพยายามแสวงหาวิธีการที่หลากหลายเพื่อช่วยให้มีความหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาวออกไป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้จะเสียชีวิตจึงมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมก่อนตายในแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอายุ สภาพร่างกายขณะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการคิด อารมณ์ การเผชิญปัญหา แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ ศาสนาและความเชื่อ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่เฉพาะแต่ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปด้วย โดยความเจ็บป่วยที่รุนแรง การดำเนินโรคที่มีความไม่แน่นอน จนทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวลและซึมเศร้า (Pochard; et al. 2005: 90-96) นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวยังเกิดความรู้สึกสูญเสีย กลัวผู้ป่วยจะเผชิญกับความทุกข์ทรมาน เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง โดยสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ต้องรับรู้แผนการดูแลผู้ป่วย ต้องการได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง (Trough; et al. 2008: 953-963)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลมากขึ้นและยาวนานขึ้น ปัญหาที่พบได้บ่อยมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีความซับซ้อน แต่ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เหมือนผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่โดยทั่วไป แต่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จึงต้องการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม มีรายละเอียดดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป. 2548: 31-39; สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2548: 52)

1. ปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในระบบต่างๆ ที่เสื่อมโทรมลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งล้มเหลวในที่สุด (Weissman. 2000: 78) อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ ความเจ็บปวด พบมากถึงร้อยละ 78.46 และผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน (สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2548: 27; Frederick; & Scott. 2001: 68) ร่างกายชุ่มพอมหายใจเหนื่อย มีอาการทางระบบประสาท อาการแพ้ สับสน มึนงง และกระวนกระวาย (Jean; Cordt; & David. 2001: 213) ความสามารถในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่เปลี่ยนไป และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย (Berry; Kuebler; & Heidrich. 2002: 45; Quill. 2001: 148-164) จากการที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาดและความสุขสบายของร่างกาย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบายเกิดความทุกข์ทรมาน เช่น การควบคุมอาการเจ็บปวด รวมถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2539: 4-8; Kirchhoff; & Beckstrand. 2000: 96-104)

2. ปัญหาด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีอาการแทรกซ้อนด้านจิตใจขึ้นมากมายที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2548: 15; Hemming; & Maher. 2005: 362-367) มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (จำลอง ดิษยวณิช. 2547: 54-61; สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2548: 15) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังกลัวการหายใจไม่ออก กลัวการตาย และที่สำคัญที่สุด คือ กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (จำลอง ดิษยวณิช. 2547: 54-61; ทศนีย์ ทองประทีป. 2548: 31-39; Kuuppelomäki. 2001: 661)

3. ปัญหาด้านสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการฉุนเฉียว ห้าวท้าว กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น (จำลอง ดิษยวณิช. 2547: 54-61; แสง บุญเฉลิมวิภาส. 2547: 47-51; อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. 2548: 12) และจากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้สูญเสียรายได้ มีปัญหาค่าครองชีพและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเพื่อการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติคอยดูแล หรือผู้ป่วยที่มีภาระรับผิดชอบในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ถึงแม้จะมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับในส่วนของค่ารักษาพยาบาลก็ตาม (สุทธิลักษณ์ สุนทร. 2548: 47-51; อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. 2548: 12) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ทำให้มีความต้องการทางสังคมสูงขึ้น อาจมีปัญหาตนเองในบรรดาญาติพี่น้อง เช่น มรดก หนี้สิน ทรัพย์สิน (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2547: 10)

4. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ หลังจากที่ได้รับรู้ว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจเป็นอย่างมาก ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต (จำลอง ดิษยวณิช. 2547: 55; ทศนีย์ ทองประทีป. 2548: 35) และในผู้ป่วยที่ไม่เชื่อว่ามีชีวิตหลังการตายอาจไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า เมื่อเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง (ทศนีย์ ทองประทีป. 2548: 36) บางรายคิดลงโทษตัวเองหรือทำร้ายตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต นอกจากผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยยังกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวหายใจไม่ออก และกลัวการตาย (จำลอง ดิษยวณิช. 2547: 54-61; ทศนีย์ ทองประทีป. 2548: 31-39; Kuuppelomäki. 2001: 661) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องการได้กลับไปเยี่ยมเยียน สักลา หรือได้พบได้อยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งที่ตนเองรู้สึกผูกพัน ผู้ป่วยบางรายต้องการกล่าวขอโทษกับสิ่งที่ตนเองเคยทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเองและจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ สวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ (Kuuppelomäki. 2001: 660-670; Vig; & Pearlman. 2004: 977-981) ผู้ป่วยบางรายต้องการทำบุญต่ออายุ ทำบุญถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความหวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปกว่าเดิม มีความหวังว่าอาการจะดีขึ้นสามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้ มีความหวังจะได้ทำภารกิจที่ยังค้างคาอยู่ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจแข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตาย เมื่อถึงช่วงเวลาสุดท้ายผู้ป่วยต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนสิ้นใจ (จำลอง ดิษยวณิช. 2547: 60; ทศนีย์ ทองประทีป. 2548: 31-39; พระไพศาล วิสาโล. 2547: 1-11; Bash. 2004: 11-16)

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2555: ออนไลน์) เสนอประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

1. การแพทย์ มุ่งเน้นการรักษาให้หาย จนบางครั้งละเลยต่อปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิต
2. ผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจเรื่องของตนเอง/ไม่ทราบความจริง จึงไม่มีโอกาสแสดงเจตจำนงต่อการเลือกแนวทางการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Living Will)

3. มีการสื่อสารหลายประเด็นที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมแพทย์พยาบาลในเรื่องต่างๆ ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูลและการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เรื้อรังจนเข้าสู่อาการระยะสุดท้าย 2) ขาดการร่วมปรึกษาหารือ หรือขาดการร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลบรรเทาอาการต่างๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายๆ ของชีวิต 3) ขาดโอกาสที่ผู้ป่วยและญาติจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้สึก ความต้องการของแต่ละฝ่ายก่อนที่ผู้ป่วยจะถึงวาระสุดท้าย และ 4) ปัญหาที่พบบ่อย จนแพทย์/ญาติมักเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น ญาติหลายคน มีความเห็นต่างกัน ญาติไม่กล้าตัดสินใจ กลัวผิด กลัวบาป แพทย์ยึดอัต คับข้องใจที่ต้องร่วมตัดสินใจ แพทย์ลำบากใจเมื่อต้องบอกข่าวร้าย หรือการพยากรณ์โรคที่แย่งและแพทย์/ญาติมีความเห็นขัดแย้งกัน

5. ทีมบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล มีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีจำนวนน้อย 2) ยังต้องการโอกาสพัฒนาความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ 3) ขาดการบริหารจัดการทั้งงบประมาณ และบุคลากรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในหน่วยงาน 4) บางองค์กรมีหน่วยงานแต่ขาดการขับเคลื่อนและสนับสนุนเพื่อให้เกิดคุณภาพในการทำงาน

6. ผู้ป่วย ญาติและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ยังมีจำเป็นต้องมีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนในโรงพยาบาลและชุมชนเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย เนื่องจากระบบสำคัญในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการนั้น ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไป

5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แผนการรักษาจะเปลี่ยนเป็นมุ่งเน้น เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) แทนการดูแลแบบมุ่งเน้นเพื่อการรักษา (สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2539: 51-58)

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care)

องค์การอนามัยโลก (WHO. 2005) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาประเมินและให้การรักษาสภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วยรวมถึงปัญหาด้านอื่นๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย

หลักการของ Palliative care ตามแนวคิดต่างๆดังนี้

งานการพยาบาลรังสีรักษา (2557: ออนไลน์) หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง Palliative careประกอบด้วย 4C คือ

1. Centered at patient and family คือ การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เช่นเดียวกับหลักการของ Patient-centered medicine โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. Comprehensive คือ การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

3. Coordinated คือ การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัว ผู้ดูแลญาติสนิทมิตรสหายก็เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสาธารณสุข ในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นที่กำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่าง ๆ

4. Continuous คือ ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว ในความเป็นจริงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2555: ออนไลน์) การดูแลแบบประคับประคองสู่ระยะสุดท้ายจะต้องมีหลักการดูแล 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสื่อสาร/ทำความเข้าใจ (Communication) 2) การจัดการกับโรค (Disease Management) 3) การดูแลอาการทางกาย (Symptoms Control) 4) การดูแลจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual Care)

สุรารัตน์ สิทธิสมบัติ (2550: 54-60) องค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองมีหลัก 5 ประการ

1. เคารพเป้าหมาย เจตจำนงของผู้ป่วย โดยการค้นหาบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยวางแผนตัดสินใจแทน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินโรคและสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ต้องการและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ร่วมกับบุคลากรสุขภาพ

2. ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการดูแลวางแผนร่วมกันระหว่างทีมจากสหสาขาวิชาชีพ โดยตระหนักว่าช่วงเวลานี้มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย จัดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานอื่นๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความต้องการ ถ้าการดำเนินโรคแยกลง ให้ความมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งความปวดร้าว ทุกข์ใจ หรือความกลัว ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดและทำในสิ่งที่สำคัญที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนอดีต และทำใจให้สงบ

3. ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย โดยจัดให้มีระบบช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และวางแผนให้การช่วยเหลือจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย หากต้องลาออกจากงานหรือพักงาน หรือสูญเสียรายได้ ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวเรื่องความโศกเศร้าและความสูญเสีย และจัดให้มีระบบสำหรับช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขและผู้ให้บริการที่เหมาะสม โดยจัดให้มีระบบช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จนถึงวาระสุดท้าย

5. หาวิธีทางที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี โดยช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการดูแลที่ดีที่สุด โดยให้ความรู้ในการดูแล สอนการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ตลอดจนการประคับประคองผู้ดูแลผู้ป่วย มีการเสริมการให้กำลังใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการดูแลแบบประคับประคอง

เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ คำนี้ถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2548; Quill. 2001: 148-164) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความละเอียดอ่อน จึงต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ และดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เกษตรกรนักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย โภชนากร ผู้ให้คำปรึกษาและพระ เป็นต้น (สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2548; Ciccarello. 2003: 216-222) เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (ลักษมี ชาญเวช. 2547: 46-50)

เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ. 2554: 62) มีดังนี้

1) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ 2) ควบคุมอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ได้อย่างดี 3) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตและความสูญเสียต่างๆ ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย 4) ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ทำภารกิจต่างๆ ที่ยังห่วงกังวลให้สำเร็จ 5) ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ในสถานที่ที่ซึ่งผู้ป่วยเลือกเองถ้าเป็นไปได้) โดยประสพกับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และ 6) ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความเศร้าของครอบครัว (bereavement) หลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลรักษาที่เน้นการรักษาโรค มาเป็นมุ่งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วยอยู่ โดยการดูแลแบบบรรเทาอาการและการลดความทุกข์ทรมานทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควรให้การดูแลตั้งแต่ระยะและที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย

5.2. หลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงมิใช่การดูแลโรคแต่เป็นการดูแลบุคคลและครอบครัว แบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ต้องการการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนถึงวาระสุดท้าย พยาบาลต้องร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้ผลกระทบจากการสูญเสียด้วย

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ที่ต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ (Ferrell, Grant; & Virani. 1999: 252-256) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เบคเกอร์ (Backer; et al. 1994: 50) พยาบาลได้เผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตายของผู้ป่วยจึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญและมีคุณค่ามาก การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ เป็นภาระหน้าที่สำคัญอย่างมากของพยาบาล มิลล์ เดวิส และแมคเคย์ (Mill; Davies; & Macrae. 1994: 583-586) ได้ศึกษาพฤติกรรม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจากพยาบาลยังไม่เพียงพอ เมื่อความตายใกล้มาถึงผู้ป่วยจะถูกแยกอย่างชัดเจน และยิ่งการรักษาของแพทย์น้อยลงผู้ป่วยก็จะถูกทอดทิ้งมากขึ้น พยาบาลจะหลีกเลี่ยงโดยการไปทำงานอื่นแทน อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลรู้สึกลำบากใจที่จะต้องสัมผัสกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีความกังวลว่าไม่รู้จะทำอะไร จะพูดอย่างไรกับผู้ป่วย (Donatelle; & Davis. 1996: 549) หรืออาจเป็นเพราะว่าพยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเป็นเพียงงานที่ต้องทำ สเตราส์ (Strauss. 1995: 215) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักไม่ได้รับการดูแลเหมือนคนที่มีชีวิต ถูกปฏิบัติราวกับว่าได้ตายไปแล้วตั้งแต่ก่อนร่างกายจะหยุดทำงาน แคสเทนบอม (Kastenbaum. 1986; cited in Smolak. 1993: 483) ผลการวิจัยของ ควินท์ (Quint. 1967) โปพอฟ (Popoff. 1975) บริช (Birch. 1983; cited in Copp. 1994: 553) เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้นมีความรู้สึกวิตกกังวล ยุ่งยากใจ ซึ่งสัมพันธ์กับความกลัวต่อความตายของผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่เน้นการดูแลด้านร่างกาย โดยคำนึงถึงสภาพจิตใจผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยแล้วขณะปฏิบัติการพยาบาลรู้สึกกลัว เรนเนย์ (Rainey. 1988; cite in Copp. 1994: 552) ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลัวเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชูลซ์ (Schulz. 1987; cite in Copp. 1994: 552) ทำให้พยาบาลละเลย หลีกเลี่ยงการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพของการพยาบาล

การดูแลที่เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล จากการศึกษาของเดกเนอร์และกาว (Degner; & Gow. 1988: 160-169) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความวิตกกังวลลดลงและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงควรให้ความสนใจปัญหาต่างๆของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ดังมีหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่หลายแนวทาง ดังนี้

วัตสัน (Watson. 1989: 229) กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล เป็นทฤษฎีการดูแลมนุษย์ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เน้นการดูแลคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลในแนวลึกถึงระดับจิตวิญญาณ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่างๆที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเยียวยาตนเอง ให้มีดุลยภาพ (Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเยียวยาที่เกิดขึ้น จึงเป็นกระบวนการของจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืน สมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาก็ตาม ซึ่งปัจจัยการดูแลของวัตสัน 10 ประการมี ดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลควรมีพฤติกรรมแสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา ความแตกต่างระหว่างบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง เสียสละโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดในสิ่งที่ผู้ป่วยและตอบสนองในทันที โดยคำนึงว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือเพื่อนมนุษย์ที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรักและความเมตตาอย่างมากจากพยาบาล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง พยาบาลที่คงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิตจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตนเอง เนื่องจากความศรัทธาและความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด แม้จะหมดหวังไปแล้วก็สามารถสร้างความหวังใหม่ได้ พยาบาลจึงต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอและควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นธรรมและมีความเป็นไปได้ สำหรับความศรัทธาในศาสนา พยาบาลควรประเมินว่าความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการตายตามความเชื่อของเขา ยอมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของเขา และต้องหมั่นสร้างความศรัทธาเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยพึงมีให้กับตนเอง โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสมด้วยกริยาสงบ ท่าทางน่าเชื่อถือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้ทักษะสามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

3. ใฝ่ต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น พยาบาลที่พัฒนาให้ใฝ่ต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะใฝ่ในการรับรู้ผู้อื่นด้วยคือตระหนักรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น ด้วยการเริ่มมองเข้าไปในตนเอง ต่อไปจะพัฒนาให้ใฝ่ต่อการรับรู้ผู้อื่นได้ดีขึ้น เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา และค่านิยมของผู้ป่วย

4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกันโดย

4.1 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2 ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจ เพื่อรับรู้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับความตายจะได้เข้าใจและสามารถตอบสนองความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งคำพูด กริยาท่าทางและการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.3 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วย พยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นโดยแสดงออกทางวาจาและกริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงที่เหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าที่เป็นมิตร และเปิดเผย

5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งบวกและลบ อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลควรแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนไม่ว่าบวกหรือลบที่เป็นความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริง จะทำให้พยาบาลพัฒนาในการรู้จักตนเองและยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลจะมีความไวต่อความรู้สึกของตนและจะมีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงใจ สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและเข้าใจความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย มาดำเนินคดียื่นหรือตัดสิน ให้เวลาและโอกาสผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย แม้ขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

6. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาวทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องให้ยอมรับความตายอย่างสงบ โดยการนำกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหามาช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการถาม พูดคุย และการสังเกตจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทั้งองค์รวม นำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและประสบการณ์ต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลโดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ ความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผลตามจุดมุ่งหมาย คือ ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ยอมรับความจริงและจากไปอย่างสงบ

7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความคิดเกี่ยวกับความตายได้สองทาง คือ การยอมรับและการปฏิเสธหรือเกิดขึ้นทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน การให้ข้อมูลจะเป็นวิธีที่จะลดความวิตกกังวลและความกลัว การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พยาบาลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน พยาบาลจะทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย โดยการสังเกตและการเรียนรู้จากผู้ป่วยและการเข้าไปมีส่วนร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจนไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8. ประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนนอกของบุคคล ส่วนจิตและจิตวิญญาณเป็นปัจจัยภายในของบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายนอกและภายใน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สุขสบาย สะอาดปลอดภัยและเป็นส่วนตัว มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตาย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียม เนียมและ

วัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสบาย สะอาด ปลอดภัย ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อตนเอง อันมาจากการเอาใจใส่ ประคับประคองของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้

8.1 ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก สนใจทำนอน ลักษณะของเตียงและการจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก

8.2 บรรเทาความไม่สบายต่าง ๆ เช่นการประคบร้อนเย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี หรือสนทนากับผู้ป่วยอื่น

8.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ซึ่งสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ยังมีเกียรติมีศักดิ์ศรี (Autonomy) ได้รับการยกย่องจากผู้อื่นและให้โอกาสผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัว ในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้อยู่กับครอบครัวหรือผ่อนคลายอารมณ์

8.4 ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้ ทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพจิตใจ เช่น อุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบอกข่าวสารที่กระทบกระเทือนสภาพจิตใจหรือการกระทำทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าถูกทอดทิ้ง

8.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สวยงามอยู่เสมอ มีสีสันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลโดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณการให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในเรื่องที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสบายจากไปอย่างสงบสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ได้แก่

9.1 ดูแลตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ เพราะเมื่อผู้ป่วยมีความอยากอาหารน้อยลง ความสะอาดของปากฟัน ผิวหนัง กล้ามเนื้อ การหายใจ โดยเฉพาะการขับถ่ายซึ่งผู้ป่วยยังควบคุมไม่ได้

9.2 ดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิต-สรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามต้องการและการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

9.3 ดูแลตอบสนองความต้องการจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย ให้ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย บุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังโศกเศร้า เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

9.4 ดูแลตอบสนองความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล เป็นการให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตนเอง ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลก จักรวาลกับผู้อื่นและกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะรู้สึกสับสน ว่าวุ่น วิดกกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต หากไม่ได้รับการประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักฆ่าตัวตาย

อุบล จ้วงพานิช (2544: 72-77) และสุมาลี นิมนานิตย์ (2550: 2) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เป็นการดูแลเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การดูแลปัญหาสุขภาพทุกด้านไปพร้อมกัน พยายามควรให้การดูแลเพื่อตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ทั้งความสะอาด ปากและฟัน การดูแลด้านร่างกายที่สำคัญ คือ 1) อาการปวด 2) อาการท้องผูก 3) เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน 4) อาการปากแห้ง 5) อาการท้องมานหรือบวมในท้อง 6) อาการไอ 7) อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก 8) อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ 9) อาการบวม 10) อาการคัน การป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

2. การดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่สำคัญ คือ 1) ให้ความรักและความเห็นใจ 2) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง 3) ช่วยให้อารมณ์ดีกับสิ่งดีงาม 4) การช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ 5) แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ และ 6) สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว พยาบาลจะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นระยะให้ผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลรักษา ให้โอกาสญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว และตอบสนองความต้องการตามความเชื่อทางศาสนา อาจนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ลดความวิตกกังวล ความกลัว มีจิตใจที่สงบและมีความหวังตามศาสนาของตน หรือในรายที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลผู้ดูแลสามารถบอกผู้ป่วยให้นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ พร้อมกับลูบหลังมือมือเบาๆ หรือให้ผู้ป่วยได้รับการบอกทางจากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้เห็นผ้าเหลืองจากพระภิกษุสงฆ์ การได้ยินเสียงสวดมนต์หรือการได้อยู่อย่างสงบกับบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งหมดนี้พยาบาลสามารถทำได้ตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่ใช่ตามความคิดเห็นของผู้อื่นที่คิดว่าควรจะทำให้การดูแลต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบจิตใจลงได้

พระไพศาล วิสาโล (2547: 1-11) ได้เสนอแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยวิธีแบบพุทธ ดังนี้

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถช่วยลดทอนความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจ

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การนึกถึงสิ่งดีงาม ช่วยให้อารมณ์ดีเป็นกุศล และก่อให้เกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจน้อยลง เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี ตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ชวนผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งรวมถึงการเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ เอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น เหล่านี้ล้วนเป็นความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย

3. ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่างความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจ เป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน

4. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆ มาเป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดได้มาก

5. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างค้ายึดติดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้ต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย

6. กล่าวคำอำลาขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอันลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งใจ ระับความเศร้าโศก จากนั้นกระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่เขาได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในสิ่งใดๆ ที่เคยล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2555: ออนไลน์) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใส่ใจปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งทางกาย ทางจิตใจ และปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วย และใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพที่สุด

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ ให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน เช่น อาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องความเจ็บปวด ควรให้ยาควบคุมอาการปวดอย่างเต็มที่ ให้การดูแลด้านต่างๆ เช่น การนอน การขับถ่าย การดูแลเนื้อตัวให้สะอาดและให้อาหารให้เพียงพอ ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น

2. ด้านจิตใจ ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้เวลาพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามถึงสิ่งต่างๆ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าแม้จะไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

3. ด้านสังคมเศรษฐกิจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสะสมเรื่องต่างๆ ให้เรียบร้อยก่อนจะจากไป ทั้งด้านการเงิน การงาน และเรื่องส่วนตัวอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย คำนึงถึงปัญหาทางการเงิน และภาระการใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องแบกรับ

4. การบอกความจริงกับผู้ป่วย ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะให้แพทย์เฝ้ารักษารักษาไปถึงขั้นไหน ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตน ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ญาติมิตรจึงไม่มีทางเลือกอื่นใด นอกจากการขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย โดยมีผลเพียงแต่ยืดกระบวนการตายให้ยาวออกไป และไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลย ชัยยังสันเปลี่ยนค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก (พระไพศาล วิสาโล, 2555: ออนไลน์)

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2555: ออนไลน์) และอนุพันธ์ุ์ ตันติวงศ์ และคนอื่นๆ (2550: 14-33) กล่าวถึงหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนายแพทย์เนด แคสเซม (Ned H. Cassem) แห่งโรงพยาบาล Massachusetts General Hospital ว่ามีหลักพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายไว้ที่สำคัญ 9 ประการ ดังนี้

1. Concern การเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง (empathy) มีความห่วงใย ผูกพัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา ร่วมรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมีซึ่งอาจไม่ได้แสดงออกด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว อาจแสดงออกด้วยแววตาและสีหน้าท่าทาง การเอาใจใส่ในความทุกข์สบาย และมีเมตตาต่อผู้ป่วย การแสดงออกหรือการดูแลต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วยจนผู้ป่วยรับรู้ได้ ความปรารถนาที่อยากให้ผู้ป่วยมีความสุข

2. Competence การมีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีประสบการณ์เพียงพอในการจัดการกับอาการปวด และอาการอื่น ๆ ที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการทางจิตใจต่าง ๆ เป็นต้น และต้องอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงแนวทางการรักษาดูแล โดยร่วมกันตัดสินใจ เช่น การตายควรจะเป็นที่บ้านหรือโรงพยาบาล การตัดสินใจให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบ โดยไม่มีการใช้เครื่องช่วยชีวิตต่อไป ไม่ให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการทางกายต่าง ๆ

3. Communication การมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย เน้นการสื่อสารสองทาง ผู้ดูแลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี (active listening) ซึ่งควรเน้นที่ทักษะในการฟัง มีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยถึงขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ พยาบาลอาจเป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วยทั้งในเรื่อง ครอบครัว การงาน และอื่นๆ นอกจากนั้น การสื่อสารอาจออกมาในรูปแบบอื่นๆ นอกจากคำพูด เช่น การแตะตัว การช่วยจัดให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นต้น

4. Comfort การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยการหมั่นเอาใจใส่ดูแล และความรู้ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย โดยเฉพาะเรื่องความปวด

5. Children and relative ควรเปิดโอกาสให้ลูกหลานและญาติมิตร ได้เข้าเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และรู้สึกดี

6. Cohesion เป็นการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสได้อยู่ร่วมกัน ใกล้ชิดกันร่วมรับรู้ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้น ให้บุคคลเหล่านี้ได้มาช่วยประคับประคองจิตใจลดความกังวล และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรู้สึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง

7. Cheerfulness ท่าทีของผู้ดูแลและญาติมิตรที่แจ่มใส มีอารมณ์ขันที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกแจ่มใส จิตใจที่สบายขึ้นทั้งกับตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งช่วยให้สถานการณ์ที่น่าตึงเครียดได้ผ่อนคลายลงด้วยสีหน้าท่าทางของผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวลเกินเหตุ หรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8. Consistency ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายนั้น มีความกลัวต่อการถูกทอดทิ้งเป็นอย่างมาก ดังนั้นการมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะสามารถช่วยลดความหวาดกลัวและความวิตกกังวลลงได้

9. Calmness of mind (capacity to be comfortable with a dying person) เป็นความรู้สึกสงบนิ่งของผู้ดูแลและญาติมิตรในขณะที่เผชิญอยู่กับผู้ป่วย สามารถให้อภัยต่ออารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของผู้ป่วยได้ ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกิดเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบภายในจิตใจตามมาด้วย

ตาราง 7 เปรียบเทียบองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	วัตสัน (Watson)	เนด แคสเซม (Ned H. Cassem)	พระไพศาล วิสาโล.	อุบล จิ่วงพานิช สมาลี นิมนานันต์.	ธนา นิลชัยโกวิท
1. การดูแลด้านร่างกาย ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย	☆	☆		☆	☆
2. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกันโดยการสื่อสารอย่างมีคุณภาพ	☆	☆	☆	☆	☆
3. การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน	☆	☆	☆	☆	☆
4. ยอมรับ ความแตกต่างระหว่างบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน	☆	☆	☆	☆	☆
5. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงใจ สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วย	☆	☆	☆		☆
6. สร้างความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสญาติดูแลอย่างใกล้ชิดและตอบสนองความต้องการตามความเชื่อของศาสนา	☆	☆	☆	☆	☆
7. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจติดใจผู้ป่วย กล่าวคำอำลา และช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง	☆	☆	☆	☆	☆
8. ตอบสนองความต้องการความต้องการด้านจิตวิญญาณและตอบสนองความต้องการตามความเชื่อของศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ	☆	☆	☆	☆	☆
9. เมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสามารถตอบสนองความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งคำพูด กริยาท่าทางและการแสดงออกทางพฤติกรรม	☆	☆	☆	☆	
10. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์โดยการนำกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย	☆	☆			

สรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดตามของนักวิชาการดังที่กล่าวมาแล้วคล้ายคลึงกัน คือ มิใช่การดูแลโรคแต่เป็นการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแลในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนถึงวาระสุดท้าย ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก แต่การดูแลด้านร่างกายก็ยังคงมีความจำเป็น เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่กำลังดำเนินอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และผู้ป่วยมิได้อยู่เพียงคนเดียวแต่มีครอบครัว พยาบาลต้องร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและการสูญเสียของครอบครัว และให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้ผลกระทบจากการสูญเสียด้วย และในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดของวัตสัน แนวการดูแลวิธีพุทธของพระไพศาล วิสาโล และแนวการดูแลของเนด แคลเซม มาประยุกต์การจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเนื้อหาครอบคลุม 1) การดูแลผู้ป่วยที่เน้นความสุขสบาย 2) การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกี่ยวกับความตาย 3) ยอมรับทัศนคติ อารมณ์ ความรู้สึก ค่านิยม ความคาดหวังของตนเองเกี่ยวกับความตายและยอมรับในความหลากหลายของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย

5.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มนุษย์ทุกคนต้องการตายอย่างสงบปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตจึงมีความสำคัญ บุคลากรผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการตาย มีความตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ปัจจุบันมีหน่วยงานทางการแพทย์หลายสถาบันได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติดูแลอย่างคุณภาพ โดยมีแนวทางการดูแล ดังนี้

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (2001: online) ได้พัฒนาตามแนวทางตรวจสอบและรับรองคุณภาพของการดูแลสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว 2) การประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว 3) การจัดการดูแลอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว 5) การปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติของหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing : AACN. 2002: 40-41) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามรูปแบบของ Synergy Model ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดหลัก 4 ด้าน คือ ด้านภาระหน้าที่ (Mission) ด้านวิสัยทัศน์ (Vision) ด้านคุณค่า (Value) และด้านจริยธรรม (Ethics) และกำหนดวิธีการปฏิบัติในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ 2 ส่วน คือ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและมาตรฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 การประเมิน โดยรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

เกณฑ์ การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว ความต้องการการดูแลสุขภาพ ความคาดหวังของผู้ป่วย ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมเป็นข้อมูลที่สำคัญ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องเป็นระบบและต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

เกณฑ์ วินิจฉัยจากข้อมูลที่ประเมินได้ ข้อวินิจฉัยใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอื่นๆ เป็นข้อวินิจฉัยที่ช่วยวัดผลลัพธ์ และการวางแผนการพยาบาลที่ก้าวหน้า และเป็นข้อวินิจฉัยที่สำคัญ

มาตรฐานที่ 3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์ ผลลัพธ์ได้จากข้อวินิจฉัยที่เป็นจริง มีความเป็นไปได้ เป็นระบบเหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เหมาะสมเป็นจริงกับอายุและความสามารถของผู้ป่วย ผลลัพธ์วัดได้ คาดการณ์ได้จากความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการพยาบาล วิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์ วางแผนการพยาบาลตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการวางแผนร่วมกันในทีมผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การวางแผนต้องมีความต่อเนื่อง ยอมรับได้ และเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนด

เกณฑ์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุกคามต่อชีวิตน้อยที่สุด ผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลเป็นระบบต่อเนื่อง

เกณฑ์ ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นๆมีส่วนร่วมในการประเมินอย่างเหมาะสม ประเมินผลในระยะเวลาที่เหมาะสมภายหลังจากการให้การพยาบาล ข้อมูลจากการประเมินอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์ในการปรับปรุงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์และการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินได้จากผลลัพธ์และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 1 คุณภาพการพยาบาล คุณภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ

เกณฑ์ พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ผลของการดูแลอย่างมีคุณภาพเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐานที่ 2 การประเมินและพัฒนาตนเอง ประเมินตนเองตามมาตรฐานการปฏิบัติของวิชาชีพและกฎระเบียบข้อบังคับ

เกณฑ์ พยาบาลประเมินตนเองตามการปฏิบัติของวิชาชีพ สถานภาพและกฎระเบียบข้อบังคับ ประเมินจากการป้อนกลับจากทีมดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพอื่นๆ และพยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาล เสริมสร้างและคงไว้ซึ่งความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องมีความรู้ ทักษะกว้างไกล มองประสบการณ์จากการปฏิบัติ นำมาเสริมสร้างทักษะและสมรรถนะ

มาตรฐานที่ 4 ความสามารถในเชิงวิชาการ พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและผู้ร่วมงานอื่นๆ

เกณฑ์ พยาบาลแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์กับผู้ร่วมงาน เพื่อยกระดับวิชาชีพ ช่วยให้ทีมมีประสิทธิผลจากการทำงานร่วมกัน

มาตรฐานที่ 5 คุณภาพเชิงจริยธรรม พยาบาลยึดหลักคุณธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการตัดสินใจและให้การพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ฟังพาตนเองได้ พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกชนชั้น ปกป้องเกียรติ ศักดิ์ศรี สิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วย และพยาบาลต้องยึดหลักจริยธรรมในการตัดสินใจและการให้การพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 บทบาทด้านการมีส่วนร่วม พยาบาลร่วมมือประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นๆ

เกณฑ์ พยาบาลติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ทำงานเป็นทีมในการดูแลร่วมกัน ตัดสินใจ นำไปสู่การให้การรักษาพยาบาล การประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ และมีการส่งต่อในเรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 7 ความสามารถด้านการวิจัย พยาบาลใช้ผลงานการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลปฏิบัติงานบนพื้นฐานของงานวิจัยที่ได้ และพยาบาลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำไปสู่ความเชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 8 ความสามารถในการใช้แหล่งประโยชน์ พยาบาลพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสิทธิภาพของงาน และค่าใช้จ่ายในการวางแผน และการให้การพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลประเมินปัจจัยด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพของงาน ประโยชน์ และค่าใช้จ่ายตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ พยาบาลทำหน้าที่ตามสถานภาพที่ได้รับมอบหมายและพยาบาลเป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

สมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤต ประเทศสหรัฐอเมริกา (Society of Critical Care Medicine [SCCM]. 2001) จัดทำแนวปฏิบัติคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

- 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และทีมการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนให้การช่วยเหลือ การคำนึงถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวในการได้รับทราบอาการและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การได้มีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วย การคำนึงถึงความต้องการของทีมการดูแล โดยจัดอบรมความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน
- 2) การทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น ไว้วางใจการดูแล ประเมินความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การช่วยเหลือบรรเทาอาการ การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย การปรับเปลี่ยนอารมณ์ ภาวะจิตสังคม และจิตวิญญาณ
- 3) การตัดสินใจไม่ยืดชีวิตโดยไม่จำเป็น ตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา
- 4) การตัดสินใจเอาท่อนช่วยหายใจออกหรือยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรค เคารพการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว
- 5) การยุติการดูแลรักษาที่ไม่จำเป็น ในกรณีผู้ป่วยสมองตาย ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว
- 6) การสื่อสารเมื่อความตายดำเนินมาถึง ได้แก่ กรณีแจ้งข่าวร้ายให้สมาชิกครอบครัว การชันสูตรศพ การบริจาคอวัยวะ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการเข้าร่วมโปรแกรมดูแลภายหลังจากการสูญเสีย

- 7) การคำนึงถึงประเด็นจริยธรรม ได้แก่ การให้ยาสงบ เพื่อระงับอาการทุกข์ทรมาน

สมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤต ประเทศสหรัฐอเมริกา (Society of Critical Care Medicine [SCCM]. 2007) ได้พัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติเดิม โดยจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการสนับสนุนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นศูนย์กลางภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย

1. การตัดสินใจ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และทีมการดูแล มีการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคอย่างต่อเนื่อง มีความชัดเจน รวมถึงเหตุผลการจัดการกับอาการ

2. การควบคุมอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัว รวมถึงความเครียด ความวิตกกังวล และให้ความช่วยเหลือ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสาร อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของบุคลากรกับปฏิกิริยาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นเป้าหมายสำคัญที่สามารถลดความคับข้องใจระหว่างทีม การดูแลและสมาชิกครอบครัวได้

4. การสนับสนุนช่วยเหลือตามวัฒนธรรมของสมาชิกครอบครัว คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรคของตน มีส่วนร่วมตัดสินใจ ได้รับการเคารพต่อการตัดสินใจ

5. การสนับสนุนช่วยเหลือทางจิตวิญญาณและศาสนา ทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ การประสานงานช่วยเหลือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักบวช นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

6. การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มีการยืดหยุ่นกฎระเบียบ เวลาในการเยี่ยม เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยอย่างเป็นส่วนตัว

คณะกรรมการคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองแห่งชาติ (National Consensus Project for Quality Palliative Care [NCPQPC]. 2004) จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้ 1) การดูแลด้านโครงสร้างและกระบวนการ โดยประเมินวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การดูแลด้านร่างกาย จัดการความเจ็บปวด อาการไม่สุขสบาย 3) การดูแลด้านจิตใจ โดยประเมินและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม 4) การดูแลด้านสังคมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ค้นหาความต้องการ และวางแผนร่วมกันในการดูแล 5) การดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ 6) การดูแลตามวัฒนธรรม โดยการประเมินและทำความเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว 7) การดูแลเมื่อความตายดำเนินมาถึง ประเมินอาการและอาการแสดงของการตายสื่อสารให้สมาชิกครอบครัวทราบ และ 8) การดูแลประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมาย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว โดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นบุคคล

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ถูกจัดทำขึ้นจากหลายหน่วยงาน เช่น สมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤตประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤตประเทศสหรัฐอเมริกา และคณะกรรมการคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองแห่งชาติ เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยเวลาที่ต้องเผชิญหน้ากับความตาย มีความตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข และเดินทางผ่านความตายได้อย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสมาชิกครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมมีคุณภาพ สำหรับงานวิจัยนี้ได้นำเกณฑ์ของ American Association of Critical Care Nursing: AACN มาประยุกต์ใช้กำหนดวิธีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติหลังการฝึกอบรม

5.4 จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเชื่อมโยงทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และหลายรายยังมีประเด็นทางจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ประเด็นขัดแย้งกรณียุติการรักษา และการช่วยให้ตายอย่างสงบ เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการต่างๆ ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องยึดในหลักกฎหมายและจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย ดังที่ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 ระบุไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง (บัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. 2550: ออนไลน์) เพื่อการตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

ANA Nurse's Code กล่าวถึง หลักจริยธรรมพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เข้าถึงซึ่งการดูแลแบบองค์รวม หลักศีลธรรม หรือประเด็นจริยธรรมพื้นฐานประกอบด้วย (ANA. 1985; cite in Kemp. 1995: 88)

1. การเคารพสิทธิของปัจเจกบุคคล (respect for the rights of the individual) สิทธิของผู้ป่วยในความเป็นบุคคล
2. ปฏิบัติดีหรือเมตตากรุณา (good practice compassion) ดูแลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม
3. ให้การพยาบาลโดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (nursing with no harm to the patient)
4. การบอกความจริง (truth telling)
5. การรักษาความลับ (confidentiality) การเคารพในข้อมูลส่วนบุคคล
6. ความซื่อสัตย์ (honesty) การรักษาสัญญา
7. ความยุติธรรม (Justice) ให้การพยาบาลทุกคนเท่าเทียมกัน

นอกจากหลักธรรมดังกล่าวจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ให้การดูแลยังต้องตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5.4.1 สิทธิของผู้ป่วย

สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Hospital Association) (A H A) ได้ประกาศจรรยาบรรณเรื่องสิทธิของผู้ป่วย (Patients' Bill Rights) มีสาระสำคัญ ดังนี้ (สิวลี ศิริไล. 2553: 208-209)

1. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษา โดยคำนึงและเคารพต่อความเป็นมนุษย์

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบอกเล่ารายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค รวมถึงวิธีการบำบัดรักษา ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ด้วยเหตุผล
3. ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาก่อน และตัดสินใจยินยอมก่อนที่แพทย์จะเริ่มวิธีการรักษา ในกรณีที่จะต้องมีการไตร่ตรองเลือกอย่างสำคัญ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและตัวบุคคลผู้ที่จะรับผิดชอบต่อวิธีการบำบัดรักษานั้นๆ
4. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่อยู่ในขอบเขตของกฎหมาย และมีสิทธิที่จะรับรู้ผลทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ
5. ผู้ป่วยมีสิทธิทุกประการที่จะไตร่ตรองเกี่ยวกับแผนดำเนินการรักษาดตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องรายละเอียดและเรื่องส่วนตัวทุกประการของตนไว้ เป็นความลับ
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากโรงพยาบาลตามควรแก่กรณีที่เป็นไปได้ และเหมาะสม
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรงพยาบาลกับสถาบันหรือสถานศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษาดตน ตลอดจนการได้รับทราบเกี่ยวกับตัวบุคคลว่าใครเป็นผู้รักษาดตน
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับคำแนะนำในกรณีที่ทางโรงพยาบาลต้องการทำการทดลองใดๆ ที่เกี่ยวกับตนและผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธในการให้ความยินยอมร่วมมือ
10. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องอย่างสมเหตุสมผล
11. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับ ตรวจสอบ และได้รับการอธิบายเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของตน ไม่ว่าใครจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายก็ตาม
12. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับรู้เกี่ยวกับระเบียบกฎเกณฑ์ของโรงพยาบาลที่ตนพึงปฏิบัติ ในขณะที่เป็นผู้ป่วย

แพทย์สภา ทันตแพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วย 16 เมษายน 2541 มี 10 ประการ ดังนี้ (สถาพร ลีลานันทกิจ. 2548)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยจะพึงได้รับและคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่การช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็นกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแต่ละกรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ-สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

นอกจากนี้แล้ว ผู้ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสิทธิในการร้องขอให้มีการบำบัดในรูปแบบที่เข้ากับผู้ป่วยปกติทั่วไปอย่างเหมาะสม และเนื่องจากความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งต้องให้ความเคารพในสิทธินี้ รวมถึงการหาวิธีทางในการช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสมหวังในสิ่งที่ต้องการ (สถาพร ลีลานันทกิจ. 2548)

คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2551: ออนไลน์) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้กล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวต้องได้รับการประเมินและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม

2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลอย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวสามารถตัดสินใจตัดสินใจการทำเอกสารยืนยันเจตนาารมณทางกฎหมาย แบ่งได้เป็น

3.1 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

3.1.1 ประเมินความต้องการ ความหวังของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

3.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำตามความต้องการ เคารพการตัดสินใจ

3.1.3 ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการทำเอกสารยืนยันเจตนาารมณ์ เช่น กรณีไม่สมัครรักษาต่อ กรณีไม่นัดหัวใจขณะหยุดทำงาน กรณีบริจาคอวัยวะหรือร่างกาย เป็นต้น

3.1.4 ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง สมาชิกครอบครัวตัดสินใจแทน

3.2.1 ประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการและความหวังของผู้ป่วย

3.2.2 ให้สมาชิกครอบครัวตัดสินใจ เคารพการตัดสินใจ

3.3.3 ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการทำเอกสารยืนยันเจตนาารมณ์ เช่น กรณีไม่สมัครรักษาต่อ กรณีไม่นัดหัวใจขณะหยุดทำงาน กรณีบริจาคอวัยวะหรือร่างกาย เป็นต้น

3.3.4 ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปได้ว่า สิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องที่ต้องทราบและถือปฏิบัติให้เป็นไปอย่างถูกต้อง

5.4.2 ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาล

ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาล (Ethical Problems in Nursing) หมายถึง ปัญหาที่พยาบาลจะต้องพิจารณาใคร่ครวญ ว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ของปัญหาย่างรอบคอบ ไม่มองเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือยึดมั่นเพียงความคิดด้านใดด้านหนึ่ง นอกจากนี้ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลยัง หมายถึง สถานการณ์ขัดแย้งที่ต้องตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง (Ethical Dilemmas) (สิวลี ศิริไล, 2553: 214)

เคอร์เทน (Leah Curtin) ได้อธิบายลักษณะกว้างๆของปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลที่ต้องเลือกการกระทำไว้ ดังนี้ (สิวลี ศิริไล, 2553: 214-215)

1. เป็นปัญหาที่ไม่อาจหาข้อยุติได้จากเพียงข้อเท็จจริงที่ประจักษ์ (empirical data) แต่เพียงด้านเดียว

2. เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้ชัดเจนว่าจะใช้ข้อเท็จจริงและข้อมูลอย่างไรในการตัดสินใจ

3. ผลของปัญหาจริยธรรมที่เกิดไม่เพียงกระทบต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าในปัจจุบันเท่านั้น แต่มีผลกระทบเชื่อมโยงต่อไปภายหน้าด้วย

กฤษฎา เฉลียวศักดิ์ (2545: 3) ได้ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายใน 3 ลักษณะ คือ 1) ต้องเลือกกระทำในสิ่งที่รู้ทั้งรู้ว่าไม่ควรกระทำ 2) บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง และ 3) เป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงไม่ได้ แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ และผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะ คือ 1) เลือกอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด 2) ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด 3) รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ

และ 4) คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย ส่วนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบทพบในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 4 ประเด็น คือ 1) ยืดชีวิตหรือยุติชีวิต 2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงกับญาติ 3) เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน และ 4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี สำหรับผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีต่อพบบทพบว่ามีทั้งทางบวกและทางลบซึ่งผลกระทบทางบวก คือ ประสพการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติผลกระทบ ทางลบมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ ไม่อยากทำงานและ 2) ทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ โดยพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้วิธีแก้ไข/เผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 5 วิธี คือ 1) ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น 2) ปรึกษาหารือ 3) พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก 4) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง และ 5) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย/พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งผลการแก้ไข /การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทั้งผลทางบวก และทางลบ ดังนี้ คือ ผลทางบวกมี 3 ลักษณะ คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด 2) สัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น และ 3) ภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทแห่งวิชาชีพ ส่วนผลทางลบ มี 2 ลักษณะ คือ 1) เกิดความเครียด/กังวลใจถึงผลการกระทำ และ 2) สิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์

สรุปได้ว่า ความขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อเกิดขึ้นแล้วยากต่อการหาทางออกหรือวิธีการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุดได้ เพราะเมื่อหาทางเลือกให้กับประเด็นหนึ่ง ก็มักจะขัดแย้งกับอีกประเด็นหนึ่งเสมอ ทำให้การตัดสินใจมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ พยาบาลล้วนต้องเคยตัดสินใจเชิงจริยธรรมมาแล้วทั้งสิ้น ไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ท่ามกลางสถานการณ์ของความยุ่งยากใจของปัญหาเก่าที่ยังค้างคาอยู่และปัญหาใหม่ที่มีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้น ทำให้การเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นการท้าทายความสามารถของพยาบาลในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

5.5 กฎหมายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถแสดงเจตนาหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ จุดนี้จึงเกิดปัญหาอย่างมาก บางครั้งการตัดสินใจที่สวนทางกับความจริง ทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ ปัญหาต่างๆ จึงนำมาสู่แนวคิดเรื่อง Living Will คือ ให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ถึงแนวทางการแพทย์ ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ (แสงว บัญญัติวิภาส. 2547: 47-51)

5.5.1 ประกาศกฎกระทรวง ราชกิจจานุเบกษา (2553: ออนไลน์) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนิน การตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 และมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือ

แสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

1. รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
2. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
3. ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
4. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ
5. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วยหนังสือแสดงเจตนา ต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะบุชื้อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื้อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรรยายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาและให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น เพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

2. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

3. ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

4. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภร์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภร์

ประโยชน์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2556: ออนไลน์)

1. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่

1) ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ทำหนังสือสามารถแจ้งความประสงค์ของตนให้แพทย์ ญาติ และผู้ใกล้ชิดทราบ เจตนาของตนในภาวะที่ผู้ป่วย/ผู้ทำหนังสือไม่สามารถสื่อสารด้วยตนเองได้

2) ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน จากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น การเจาะคอใส่ท่อหายใจ บีมหัวใจ เป็นต้น ที่ช่วยยืดการตายออกไปโดยไม่เกิดประโยชน์ หรือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

3) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสื่อสาร และอำลาญาติมิตรและผู้ใกล้ชิดในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ทำให้ผู้กำลังจากไปได้รับการเยียวยาทางด้านจิตใจ

2. ประโยชน์สำหรับญาติและผู้ใกล้ชิด ได้แก่

1) เป็นการเคารพการตัดสินใจและการรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่แสดงเจตนา

2) ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและระหว่างแพทย์กับครอบครัวในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามเจตนาของผู้ป่วย

3) ทำให้ผู้ป่วย ญาติและผู้ใกล้ชิดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากการรักษาที่ไม่จำเป็น ซึ่งบางรายถึงกับเป็นหนี้ เพื่อการยืดชีวิตครั้งนี้โดยปราศจากผลในที่สุด

4) ทำให้มีโอกาสรวมกลุ่มญาติ ผู้ใกล้ชิด มีโอกาสสื่อสารและรำลึกถึง ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะหรือสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันก่อนจาก

5.5.2 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต
สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ฯพ.ศ. 2556-2559 มีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2555: ออนไลน์)

1. วิสัยทัศน์: ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี
2. พันธกิจ: พัฒนา ขับเคลื่อน และบูรณาการ ระบบสังคมและระบบบริการสุขภาพเพื่อการตายดี

3. เป้าประสงค์ 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ มีสิทธิ์และสามารถเข้าถึงและได้รับการปฏิบัติด้านการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต 2) มีระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองรองรับการตายดีที่เป็นองค์รวม (ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล) อย่างทั่วถึง มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทัศนคติที่ดีและการสร้างความรู้ความเข้าใจ มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมเรื่องการตายดีและการบริหารแบบประคับประคอง ผ่านช่องทางการสื่อสารอย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการความรู้ โดยพัฒนาระบบการศึกษา การวิจัย และพัฒนาการสร้างระบบจัดการความรู้ สร้างคลังความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนารูปแบบและระบบบริการสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต มุ่งพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในสถานบริการของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งระบบสุขภาพของชุมชน และการพัฒนาระบบยาที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพและกำลังคน ด้วยการเพิ่มจำนวนบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่าย ที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในทุกภาคของประเทศ มีหลักสูตรที่รับรองโดยองค์กรวิชาชีพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาและบูรณาการเทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศในระบบการบริหารแบบประคับประคอง เพื่อสร้างความเชื่อมโยงในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ของเครือข่ายและสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วย การบริหารจัดการยาและการให้คำปรึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การผลักดันนโยบาย กลไก และกฎหมายรองรับการมีสุขภาวะในระยสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งให้เกิดนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับ ที่รองรับการจัดบริการ รวมถึงการเสนอให้เป็นวาระระดับชาติ

สรุปได้ว่า การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่ดี ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมตัวในระยะสุดท้ายที่จะมาถึง การดูแลต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การพิจารณาการรักษาที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิต การงดเว้นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งมีแต่จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่สังคม ให้รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) และให้เห็นความสำคัญของการตาย ซึ่งในปัจจุบันที่พระราชบัญญัติสุขภาพมาตรา 12 ที่กำหนดให้บุคคลมีสิทธิแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ที่จะเลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิต ถือเป็นโอกาสอันดีที่จะทำการรณรงค์พรบ.มาตรานี้ ควบคู่กับความเข้าใจเรื่องของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต

6. แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล

6.1 ความหมายของวิชาชีพพยาบาล

พระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ (ละเอียด แจ่มจันทร์; และสุรี ชันรักษวงศ์. 2549: 34-35; สภาการพยาบาล: ออนไลน์)

“วิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์” หมายถึง วิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลและการผดุงครรภ์

“การพยาบาล” หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

“การผดุงครรภ์” หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการดูแล และการช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์

“การประกอบวิชาชีพการพยาบาล” หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยกระทำ ดังนี้ 1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การกลูกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค และ 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการปฏิบัติและการประเมินผล

“การประกอบอาชีพการผดุงครรภ์” หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การผดุงครรภ์ต่อหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิดและครอบครัว โดยกระทำ ดังนี้ 1) การสอน การแนะนำการให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 3) การตรวจ การทำคลอด และการวางแผนครอบครัว และ 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์ในการประเมินสภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการปฏิบัติและการประเมินผล

รัตนา ทองสวัสดิ์ (2541: 4) แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า วิชาชีพพยาบาลมีลักษณะ 6 ประการ ซึ่งเป็นลักษณะความเป็นวิชาชีพ ได้แก่ 1) มีการบริการให้แก่สังคม 2) ใช้วิธีการแก้ปัญหาในการประกอบวิชาชีพ 3) ได้รับการศึกษาให้มีความรู้ในวิชาชีพนั้นเป็นเวลานานพอสมควร 4) มีเสรีภาพในการบริการแก่สังคม 5) มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และ 6) มีองค์กรวิชาชีพถูกต้องตามกฎหมาย

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาล ที่สภาการพยาบาลรับรองที่มีใบประกอบวิชาชีพ ที่ยังใช้ประโยชน์ได้ โดยไม่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนหรือยังไม่หมดอายุ และปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพตามวุฒิการศึกษา

สรุปได้ว่า วิชาชีพพยาบาล หมายถึง วิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีใบประกอบวิชาชีพ เป็นผู้มีความรู้เฉพาะสาขาที่ชัดเจน มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ บุคลากรเป็นผู้มีพฤติกรรมตามบรรทัดฐานอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะแบบ คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ใช้บริการมากกว่าประโยชน์ส่วนตน มีแรงจูงใจในการทำงาน มีความรู้สึกร่วมในการเป็นสมาชิกของกลุ่ม มีเสรีภาพการให้บริการแก่สังคมและมีองค์กรวิชาชีพถูกต้องตามกฎหมาย

6.2 คุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องบริการสังคม ซึ่งนักวิชาการได้กล่าวถึงคุณลักษณะของพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

พรรณวดี สนธิทรัพย์ (2542: 7) กล่าวถึง คุณลักษณะส่วนรวมเฉพาะตัวของพยาบาล แต่ละบุคคลและพฤติกรรมที่แสดงออกในขณะที่ปฏิบัติงานของพยาบาล ดังนี้

1. ลักษณะผู้นำ ได้แก่ ผู้ที่มีความภูมิฐาน มีความรู้ ความสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน มีศีลธรรมระเบียบวินัย และมีความชัดเจนทั้งการพูด การเขียน และการกระทำ

2. ความอดทนและความเสียสละ ได้แก่ ความตั้งใจทำงานให้สำเร็จด้วยความเต็มใจ ไม่ย่อท้อต่อปัญหาอุปสรรค และมีความเห็นอกเห็นใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

3. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการนำความรู้เดิมและประสบการณ์มาดัดแปลงและประยุกต์เป็นสิ่งใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

4. ความมีระเบียบวินัย ได้แก่ ความต้องการทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย วางแผนก่อนลงมือทำ ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบของหน่วยงาน การตรงต่อเวลา ความซื่อตรงต่อหน้าที่

5. การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การประสานการบริการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโดยติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระหว่างเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพ

6. ความมั่นคงทางอารมณ์ ได้แก่ การควบคุมอารมณ์และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียด สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจทั้งภายในและภายนอกได้

คุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง (กาญจนา สันติพัฒนาชัย; และคนอื่น ๆ. 2549: ออนไลน์) สามารถที่จะสรุปประเด็นหลักๆ ดังนี้ 1) ด้านความรู้ ความสามารถ 2) ด้านจริยธรรม และจริยธรรม และ 3) ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

คุณลักษณะด้านความรู้ ความสามารถ

ความรู้ความสามารถของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง ได้แก่

1. ความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยี เข้าใจและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสามารถจัดการและใช้สารสนเทศในด้านต่างๆ ได้

2. มีความสามารถในการคิด ใช้วิจารณญาณและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ ดังนี้ 1) มีความคิดริเริ่มปรับปรุงงานให้ทันต่อความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยี 2) มีความคิด ความสามารถเป็นสากล หรือในเชิงนานาชาติ 3) สามารถคัดกรอง แปร วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูล 4) มีความสามารถในการคิดรวบยอด วิเคราะห์ วิวิจารณ์ 5) ความสามารถในการสืบค้นด้วยตนเอง คิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 6) รู้จักคิดและตัดสินใจ สามารถเลือกว่าสิ่งใดควรหรือไม่ควร ถูกหรือผิด

3. มีทักษะ ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต มีความรอบรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับระบบการบริการสุขภาพและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ด้านประชากรศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การตลาด ชนบทธรรมนิยม วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ เป็นต้น

4. ความสามารถด้านภาวะผู้นำ ได้แก่ 1) มีภาวะผู้นำ 2) สามารถทำงานเป็นทีมได้ 3) สามารถนำเสนอตัวเอง 4) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 5) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ 6) มีทักษะการเจรจาต่อรอง

5. ความสามารถด้านการบริหาร ได้แก่ 1) มีความสามารถในการเป็นผู้บริหารและการจัดการที่ดี 2) มีวิสัยทัศน์ในการปรับปรุงงานของตนเอง 3) มีทักษะการแก้ปัญหา สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้อย่างดี 4) สามารถวางแผนแก้ปัญหาทั้งระยะยาว และระยะสั้นได้ 5) ความรู้ ความสามารถ ทำงานอิสระ หรือมีแรงกระตุ้นในการทำงาน ด้วยตัวของตนเองได้ 6) มีความสามารถในการประกันการดูแลคุณภาพของการบริการ และ 7) สร้างองค์กรให้เป็นแหล่งบริการวิชาการที่เกื้อกูล ประโยชน์ต่อสาธารณสุขและสังคม

6. ความสามารถด้านทักษะเกี่ยวกับมนุษย์และมวลชน

6.1 ทักษะส่วนตัว คุณสมบัติด้านบุคลิกภาพ ได้แก่ 1) มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมด้านการแต่งกาย อารมณ์และจิตใจ 2) มีวุฒิภาวะและบุคลิกภาพดี ได้แก่ มีความยิ้มแย้มแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน และมีความสุข และ 3) ไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิดในการติดต่อกับผู้รับบริการ มีศิลปะการเจรจา

6.2 ทักษะทางสังคม ได้แก่ 1) สามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่นได้ 2) มีการปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลง เปิดกว้าง รับรู้สิ่งใหม่ๆ และ 3) มีศักยภาพด้านมนุษยสัมพันธ์

6.3 ทักษะในการพูดและการสื่อสาร 1) การถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น 2) มีความสามารถในการประสานงานและติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง และ 3) สามารถใช้ภาษาท้องถิ่น ภาษาเพื่อนบ้าน และภาษาต่างประเทศ ที่เป็นภาษาสากลได้

7. ความรู้ทางสังคมที่แตกต่างและหลากหลายด้านลักษณะธรรมชาติ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม คุณลักษณะนิสัย และภาวะความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ ทั้งของนานาชาติและประเทศไทย

8. ความรู้และทักษะของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ เข้าใจเพื่อนมนุษย์ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ และมีมนุษยสัมพันธ์

9. ทักษะความเชี่ยวชาญที่ไม่เน้นด้านเทคโนโลยีแต่ต้องอาศัยความรู้ในด้านจิตวิทยา การสื่อสาร และสังคมโดยมีค่านิยมร่วมทางสังคม

10. ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการปกครอง ดังนี้ 1) สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการเมืองที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลและสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงได้ 2) สนับสนุนหลักการประชาธิปไตย และ 3) ดำรงตนเป็นพลเมืองดีของสังคม

11. ความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ ได้แก่ 1) ใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลและสื่อสารกับคนทั่วโลกได้ 2) สามารถใช้คอมพิวเตอร์ เครื่องมือที่ใช้เทคนิคสูง 3) เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4) ทักษะในเรื่อง Office Automation และ 5) ความรู้สารสนเทศทางการแพทย์ ความรู้ข้อมูลข่าวสารทางการรักษาพยาบาล

12. มีความรู้ความสามารถทางการตลาด และการประชาสัมพันธ์ ได้แก่ 1) สามารถใช้สื่อต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเข้ามารับการบริการได้

คุณลักษณะด้านคุณธรรมและจริยธรรม

คุณธรรมและจริยธรรมของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง ได้แก่ 1) มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น เมตตา กรุณา ซื่อสัตย์ เสียสละ ขยัน รับผิดชอบ อดทน มีน้ำใจ ดูแลช่วยเหลือให้บริการ 2) มีความรัก เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีใจรักให้บริการ 3) มีความสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม มีจิตสำนึกในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเชิงจริยธรรม (Analytic Competency) ของผู้ประกอบการวิชาชีพ และค้นหาแนวทางปฏิบัติได้ด้วยตนเองรักตนเองและผู้อื่น 4) มีสมรรถนะให้คำปรึกษาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ กายและใจ 5) มีความปรารถนา

และพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ประชาชน 6) มีค่านิยมร่วมในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ของสังคม 7) มีคุณธรรมจริยธรรม ในด้านส่วนตัว และหน้าที่การงาน 8) มีความจงรักภักดีต่อ หน่วยงาน และองค์กร 9) ตระหนักและคำนึงถึงคุณค่าของวิชาชีพและสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ และ 10) ใฝ่ดี ชำรงรักษาเอกลักษณ์ไทยที่พึงประสงค์

คุณลักษณะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง ได้แก่

1. มีทักษะความสามารถ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี เน้น การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพชุมชน

2. มีความสามารถในการให้บริการพยาบาลโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาล กระบวนการพยาบาล และศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. ความสามารถในการพยาบาลเฉพาะสาขา/เฉพาะทาง มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะ สาขาใดสาขาหนึ่ง ขณะเดียวกันมีความรู้ ความสามารถเชิงกว้างความรู้เบ็ดเสร็จรอบรู้ทุกด้านเข้า มาเสริมทำให้ยืดหยุ่นทำงานแทนกันได้ มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้นการพยาบาลฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ การพยาบาลแม่และเด็ก การพยาบาลครอบครัว

4. ความสามารถที่เน้น Promotion, Prevention และ Rehabilitation ความรู้ ความสามารถด้านชุมชนมากขึ้นมีทักษะการดูแลสุขภาพ และการคืนพลังให้ประชาชน ดูแลตนเอง สามารถช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชนได้ทั้งในลักษณะปกติหรือความเปราะบางทางสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนถึงตาย

5. ความสามารถด้านการวิจัย แสวงหาความรู้ใหม่ๆ มีความรู้ ความสามารถทำการ วิจัยเบื้องต้น การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางวิชาชีพสามารถร่วมทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้

6. รู้เรื่องโรคมากขึ้น สามารถตรวจรักษาเบื้องต้นและส่งต่อได้

7. สามารถดูแลผู้ป่วยแบบ Holistic มีลักษณะการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่อง เน้น

Bio-Microsocial

8. มีคุณสมบัติด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทางสาธารณสุข

9. มีแนวความคิดที่จะประหยัด และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

10. ให้ความรู้ ทัศนคติ ป้องกันภัยอันตรายต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

11. มีความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับระบบบริการและศาสตร์อื่นๆ

12. ความรู้ด้านกฎหมาย รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติวิชาชีพ

13. ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ หรือ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

14. ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพโดยเน้นวิชาใหม่ๆ เช่น Cognitive

Science, Behavioral Science, Psychological Science

15. จิตวิทยา เช่น จิตวิทยามวลชน จิตวิทยาปัจเจก สังคม จิตวิทยา

16. มีความรอบรู้ทางด้าน โภชนาการ

17. ความรอบรู้ ทันเหตุการณ์ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพ

18. การเรียนรู้วิชาชีพตลอดชีวิต แสวงหาความรู้ด้วยวิธีต่างๆ ทักษะการศึกษา

ค้นคว้าด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า คุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนรวม เฉพาะตัวของพยาบาลแต่ละบุคคล เช่น ลักษณะผู้นำ ความอดทนและความเสียสละ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความมีระเบียบวินัย การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร และความมั่นคงทางอารมณ์ 2) คุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง เช่น ด้านความรู้ ความสามารถ ด้านจริยธรรม และจริยธรรม ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้รับบริการต่างมีความคาดหวังต่อพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องมีความสามารถทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความสามารถทางวิชาการ มีความสามารถทางการบริหาร และมีความสามารถทางทักษะเกี่ยวกับมนุษย์แล้วจะต้องมีคุณสมบัติด้านคุณธรรมจริยธรรมอีกด้วย คุณสมบัติเหล่านี้จะทำให้ความเป็นวิชาชีพพยาบาลนั้น มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6.3 จรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นบริการในระดับสถาบันของสังคม ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของสังคมโดยรวม (สภาการพยาบาล. 2555: ออนไลน์)

จรรยาบรรณของวิชาชีพ เป็นหลักความประพฤติของบุคคลในแต่ละกลุ่มวิชาชีพเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรมและจริยธรรม ดังนั้น จรรยาบรรณจึงเป็นหลักความประพฤติของบุคคลในแต่ละกลุ่มอาชีพ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรมและจริยธรรม (สิวลี ศิริไล. 2553: 209)

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The America Nurses Associations A.N.A. 1973) ได้กำหนดสาระสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลไว้ ดังนี้ (สิวลี ศิริไล. 2553: 213; สภาการพยาบาล. 2555: ออนไลน์)

1. พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยไม่จำกัด ในเรื่องสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจหรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
2. พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยโดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ
3. พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วยสังคม ในกรณีที่มีการให้บริการสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ถูกกระทำการที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรม จริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายจากบุคคลหนึ่งบุคคลใด

4. พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจ และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
 5. พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล
 6. พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความถี่ถ้วน ใช้ปัญญา และข้อมูลอื่นๆ อย่างเพียงพอ เป็นหลักในการขอคำปรึกษาหารือ การยอมรับหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงการมอบหมาย กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นปฏิบัติแทน
 7. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมที่ส่งเสริมความก้าวหน้าทางความรู้ของวิชาชีพ
 8. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานของการพยาบาล
 9. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานะภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง
 10. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการปกป้อง ค้ำครองสังคมจากการเสนอข้อมูลที่เข้าใจผิด และดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีของวิชาชีพ
 11. พยาบาลพึงร่วมมือกับสมาชิกของวิชาชีพทางด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลอื่นๆ ในสังคม เพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของสังคม
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพของสมาคม พ.ศ. 2528 มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ กำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ความรับผิดชอบต่อประเทศชาติ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อตนเอง (สภาการพยาบาล. 2555: ออนไลน์)
- จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน มีดังนี้
1. ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
 2. ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานะภาพของบุคคล
 3. ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน
 4. พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
 5. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
 6. พึงป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน
- จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ
1. พึงประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณชน
 2. พึงรับผิดชอบร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุข และยกระดับคุณภาพชีวิต
 3. พึงอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ

4. ฟังประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์
จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ

1. ฟังตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล
2. พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
3. ฟังศรัทธาสนับสนุนและให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ
4. ฟังสร้างและธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรม ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล
5. ฟังเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

1. ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น
2. เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ
3. ฟังรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี กับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ
4. ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และชักนำให้ประพฤติปฏิบัติในทางที่ถูกที่ควร
5. ฟังอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม
6. ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้กระทำการ

นั้นๆ

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง

1. ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย
2. ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
3. ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและ

ส่วนตัว

4. ใฝ่รู้พัฒนาแนวคิดให้กว้าง และยอมรับการเปลี่ยนแปลง
5. ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจ และเต็มกำลังความสามารถ
6. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื่อมั่นและมีวิจารณญาณอันรอบคอบ

สรุปได้ว่า จรรยาบรรณวิชาชีพ ถือเป็นหลักประพฤติปฏิบัติที่บุคคลในวิชาชีพต้องยึดถือปฏิบัติเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรมและจริยธรรม เนื่องจากการพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติ มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประเทศชาติ จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อตนเอง

7. การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

นักการศึกษาพยาบาลยอมรับในความจำเป็นที่จะต้องเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมทั้งบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ เพราะเป็นการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งเน้นการดูแลรักษาเช่นผู้ป่วยส่วนใหญ่ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยุ่งยากซับซ้อน ที่พยาบาลจะต้องเผชิญกับความขัดแย้งในตัวเอง เมื่อตนกำลังช่วยผู้ป่วยให้มีชีวิตขณะที่ผู้ป่วยใกล้ตาย การตายและกระบวนการตายเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะตอบสนองต่อภาวะวิกฤติดังกล่าวต่าง ๆ กัน รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลแตกต่างกัน (ปราโมทย์ ทองสุข. 2546: 23)

วิชาชีพพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาเพื่อให้นักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย กระบวนการตาย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งการเรียนรู้เกี่ยวกับความตายเป็นกระบวนการศึกษาที่ต่อเนื่องไม่สิ้นสุด และเป็นกระบวนการพัฒนาคนและสังคมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายอย่างเที่ยงตรงและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายอย่างต่อเนื่อง (Seidel. 1990: 57-58) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จึงต้องพัฒนาปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความคาดหวังของสังคม

7.1 การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มีการปฏิบัติเป็นแกนกลาง (จินตนา ยูนิพันธ์. 2530: 10-12) ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลที่เป็นองค์รวมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย (Johnson; Davis; & Lawbaugh. 1980) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ตามศักราช ภาพและสภาวะแวดล้อมของแต่ละบุคคล การเรียนการสอนการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จึงเป็นการเตรียมพยาบาลให้มีความสามารถทั้ง ด้านวิชาการและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลตามวิชาชีพ การจัดการเรียนการสอนมี 2 รูปแบบ คือภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติหรือภาคปฏิบัติในคลินิก (Atkins, L.D.; & Murph. 1994)

1. การเรียนการสอนภาคทฤษฎี จะมุ่งเน้นให้ความรู้เนื้อหาวิชา ปลุกฝังพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและการทำงาน การเรียนการสอนส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายและสาธิตของผู้สอน คือ จะยึดผู้สอนเป็นศูนย์กลาง (Teacher Center) อาจมีการร่วมอภิปรายบ้าง จำนวนผู้เรียน คือ นักศึกษาทั้ง หกคนของชั้นเรียน ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนหรือโอกาสแสดงความคิดเห็นโดยทั่วถึงกันจึงทำได้ยาก การสอนภาคทฤษฎีจะมุ่งเน้นให้นักศึกษามีการพัฒนาทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) มุ่งเน้นให้นักศึกษามีความรู้อย่างเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ด้านจิตพิสัย (Affective domain) มุ่งเน้นให้นักศึกษามีค่านิยมและทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) มุ่งให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสถานที่ โอกาสและสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย จึงทำให้การเรียนรู้ด้านทักษะพิสัยจึงน้อยในภาคทฤษฎี

2. การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student Center) เป็นการนำความรู้ที่ได้จากห้องเรียนมาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการจัดโอกาสเวลา สถานที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ผู้เรียนจะได้เห็น ได้สังเกต ได้สัมผัส ได้เรียนรู้ และรับรู้ได้โดยทางประสาทสัมผัสต่างๆ ส่วนถือว่าเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล จึงมีการนำหลักทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ นำมาใช้ สามารถจัดรูปแบบได้หลายรูปแบบ ดังนี้ (Mellish; & Brink. 1990: 67)

1. การสอนสาธิต (Demonstration) เป็นการแสดงวิธีที่ถูกต้องแก่ผู้เรียน มุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะในเรื่องอื่นๆ อาจทำร่วมกับการสอนอื่นๆ เช่น การบรรยาย การสอน การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย จำนวนผู้เรียนที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับผู้เรียนจะต้องสามารถเห็นการสาธิตของผู้สอนได้อย่างทั่วถึง การสาธิตในสภาพการณ์จริงที่แสดงกับผู้ป่วย อาจจะไม่ต้องการให้ผู้สังเกตการณ์หลายคน ผู้สอนอาจต้องสาธิตให้ผู้เรียนเป็นรายบุคคล ผู้เรียนสรุปเนื้อหาที่เป็นสำคัญ มีเวลาให้ผู้เรียนซักถามหลังการสอน

2. การประชุมเพื่อการปรึกษาหารือเป็นรายบุคคลหรืออภิปรายกลุ่ม (Individual Group Conference) มีการประชุมปรึกษาหารือแสดงความคิดเห็นเพื่อหาทางปฏิบัติที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วย เริ่มต้นจากผู้เรียนนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่รับผิดชอบให้สมาชิกของกลุ่มทราบ สมาชิกกลุ่มมีการอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา เลือกวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักทฤษฎีวิชาการ ผู้สอนให้ข้อคิดในสิ่งที่ควรเรียนรู้เพิ่มเติม การประชุมปรึกษาหารือจะให้การพยาบาลหรือภายหลังจากการให้การพยาบาลก็ได้ (Pre-Post Conference)

3. การสอนเป็นรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน (Bedside Teaching) เป็นการสอนตามสภาพความเป็นจริงที่กำลังประสบอยู่ ในขณะปฏิบัติงานของผู้เรียนเป็นการสอนระหว่างการนิเทศการปฏิบัติงานของผู้เรียน กระตุ้นและนำผู้เรียนให้ศึกษาข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่างๆ ที่ปรากฏขณะที่ผู้เรียนเผชิญอยู่ ผู้เรียนจะต้องรู้เหตุที่มาของปัญหา ศึกษาวิธีแก้ปัญหา วิธีปฏิบัติอย่างมีหลักการ และเหตุผลในการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแล (Case Assignment) ผู้สอนจะมอบหมายผู้ป่วยให้นักศึกษาดูแลล่วงหน้า ซึ่งผู้เรียนจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย นำเสนอต่อผู้สอนก่อนที่จะให้การพยาบาล ซึ่งผู้สอนจะให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้เรียนเป็นรายบุคคลในเรื่องของการประเมินปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา ผู้สอนจะใช้ร่วมกับการนิเทศการปฏิบัติงานของนักศึกษาที่รับผิดชอบ มีการสอน การประเมินในทักษะการปฏิบัติการดูแล ให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย

5. การสอนโดยการศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง (Nursing Clinics) เป็นการสอนโดยการเลือกผู้ป่วยเฉพาะรายที่กลุ่มสนใจและเลือกมาเป็นรายที่จะศึกษาในกลุ่ม มักจะใช้ร่วมกับการประชุมเพื่อการปรึกษา (Conference) การบรรยายหรือสัมมนาก็ได้ โดยผู้สอนจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้ผู้เรียนไปศึกษาผู้ป่วยที่เตียง เพื่อให้ผู้เรียนได้สังเกตผู้ป่วยในสภาพการณ์จริง หลังจากนั้นอาจให้ผู้เรียนอภิปรายสรุปเรื่องที่ได้เรียนมา การประเมินผู้ป่วยและการให้การพยาบาล

6. การสอนเฉพาะกรณี (Case Study) ผู้สอนจะมอบหมายให้ผู้เรียนทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เขียนรายงานและเสนอรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยให้กลุ่มผู้เรียนด้วยกันทราบ ผู้สอนอาจช่วยเหลือในการลำดับเนื้อเรื่อง จัดเนื้อหาและรายละเอียดต่างๆ ที่ควรให้กับผู้เรียนอื่นๆ ได้เรียนรู้ ผู้เรียนต้องศึกษาผู้ป่วยที่กำหนดให้อย่างรอบด้านตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีแผนการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยปัจจุบันและอาจจะวางแผนต่อเนื่องภายหลังจากที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งผู้เรียนทำการศึกษาค้นคว้าจะต้องนำเสนอต่อผู้เรียนในกลุ่ม ผู้สอนกระตุ้นให้มีการเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม ชักถามปัญหา เพื่อให้ผู้เรียนใช้ความคิดในการแก้ปัญหา

สรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มี 2 รูปแบบ (Atkins; & Murph. 1994) คือ 1) การเรียนการสอนภาคทฤษฎี การเรียนการสอนส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายและสาธิตโดยผู้สอน 2) การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ (Mellish; & Brink. 1990: 67) จะเน้นให้นักศึกษาให้มีความสามารถทางด้านทักษะการพยาบาล ทักษะการตัดสินใจผสมผสานระหว่างความรู้พื้นฐานและความรู้ศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้ สามารถจัดรูปแบบได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนสาธิต การประชุมเพื่อการปรึกษาหารือ การสอนเป็นรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแล การสอนโดยการศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง การสอนเฉพาะกรณี ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติหรือการเรียนการสอนในคลินิกนั้น เป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถทางด้านทักษะการพยาบาล ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในวิชาชีพพยาบาลต่อไปได้

7.2 การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เป็นการจัดการศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจัดอยู่ในระยะแรกของการพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพ และมีโอกาสปฏิบัติงานตามบทบาทวิชาชีพ จึงควรจัดการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องทุกระดับ เช่น ระดับประกาศนียบัตร ปริญญาตรี บัณฑิตศึกษา หรือการศึกษาต่อเนื่อง ซีเดล (Seidel. 1990: 59) ส่วนควินท์ (Quint. 1967: 74) กล่าวว่า วิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ

เบค (Beck. 1997: 408-415) และคอป (Copp. 1994: 13-17) ศึกษาในเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) พบว่า การจัดเนื้อหาโดยสอดคล้องในวิชาต่างๆ ขณะที่ทำการสอน ควรมีการให้กำลังใจเพื่อตรวจสอบความรู้สึกของผู้เรียนในการสอนแบบบรรยาย และควรจัดให้นักศึกษามีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติต่อผู้ป่วยใกล้ตายหรือระยะสุดท้ายจริง เพื่อให้ผู้เรียนมีแนวทางของการคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การศึกษาเกี่ยวกับการสอนการพยาบาลระยะสุดท้ายในต่างประเทศ ตั้งแต่ปี 1960 มีวิธีการเรียนการสอนหลายวิธีและการจัดเนื้อหาหลักสูตรที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่วิธีการสอนของ เดนเจอร์ และกาว (Degner; & Gow. 1998: 160-169) ด้วยการผนวกเนื้อหาเกี่ยวกับความตายไปในห้องเรียนตลอด 4 ปี กับการจัดเนื้อหาวิชาการดูแลแบบประคับประคองในชั้นปีที่ 4 สอน 8 ชั่วโมง/หน่วยกิต ทำการสอน 6 หัวเรื่อง ได้แก่ กรอบแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง การมีชีวิตช่วงภาวะใกล้ตาย การควบคุมความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ประสิทธิผลของการบำรุงอาหาร สภาพร่างกายและความเศร้าโศกและการสูญเสีย ต่อมาสเทวิน (Stewin. 1990: 143) ได้จัดการสอนให้ความสนใจนักศึกษาด้วยวิธีการฝึกความตระหนักต่อความตาย การใช้ดนตรี การวาดรูป การเผชิญหน้าของนักศึกษากับการสอนในห้องเรียนด้วยการอภิปรายกลุ่ม การบรรยายในหัวข้อเรื่องความตายในสังคม การพัฒนามุมมองด้านจิตใจของความตาย ขบวนการตาย กิจกรรมของการตาย และคุณค่า ค่านิยมของความตาย คูลิเคนและคนอื่นๆ (Coolican; et al. 1994: 35-40) สำรวจการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตายและความโศกเศร้า ของโปรแกรมการศึกษายาบาลในสหรัฐอเมริกา จำนวน 650 แห่ง เมื่อปี ค.ศ.1992 พบว่า จำนวนร้อยละ 99 จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตายและความโศกเศร้าไว้ในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี และมีเพียงร้อยละ 16 ที่จัดแบบรายวิชาเฉพาะ ที่เหลือส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการในรายวิชาต่างๆ

โดว์น-แวมโบลด์และแทมลิน (Downe- Wamboldt; & Tamlyn. 1997: 180) จำแนกรูปแบบการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการบริหารการจัดการหลักสูตร คือ จำแนกตาม 1) แบบบูรณาการ (Integrated approach) หมายถึง การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบแทรกสลับที่เกี่ยวเนื่องกับความตายไว้ในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง 2) แบบรายวิชา (Elective course) หมายถึง นักศึกษาเลือกเรียนตามความสมัครใจ 3) แบบรายวิชาบังคับ (Required course) หมายถึง นักศึกษาทุกคนต้องเรียน 4) แบบหลักสูตรเสริม (Special course) หมายถึง จัดหลักสูตรเสริมให้ผู้เรียนนอกเหนือจากการเรียนปกติ และจำแนกรูปแบบการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิธีการสอน คือ 1) แบบเน้นการเรียนรู้จากการสอน (Didactic approach) เป็นวิธีการสอนที่มุ่งเน้นการถ่ายทอดความรู้ เช่น การบรรยาย วิธีนี้ผู้เรียนจะเรียนรู้แบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ถูกกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกมากเกินไป 2) แบบเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential approach) เป็นวิธีการสอนที่มุ่งเน้นการกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วยประสบการณ์ที่เหมาะสม เช่น ใช้สิ่งเร้าจากภาพยนตร์ การจินตนาการ หรือการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง เป็นต้น การจัดการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิธีการสอน ทั้งแบบเน้นการเรียนรู้จากการสอนและแบบเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีแนวคิดพื้นฐานทางการศึกษาที่แตกต่างกัน คือ การเรียนรู้ที่เน้นการถ่ายทอดความรู้ มีความเชื่อว่า ความรู้เป็นสากลและอยู่ภายนอกตัวผู้ศึกษา ดังนั้นวิธีการเรียนรู้ที่ดี คือ การแสวงหาความรู้จากแหล่งนั้นจากผู้รู้ หรือตำราต่างๆ ส่วนการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีความ

เชื่อว่า ความรู้และนักศึกษาไม่สามารถแยกกันได้ ความรู้ คือ สิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นจากการตีความการให้ความหมายกับสถานการณ์ต่างๆ รอบตัวที่มีปฏิสัมพันธ์กันด้วย ความรู้จึงมีความหลากหลายและแปรเปลี่ยนตามบริบทที่เปลี่ยนไป การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์รูปธรรม การสังเกตโดยตรง การสร้างความคิดรวบยอดและการทดลองในสถานการณ์ใหม่ (ปราโมทย์ ทองสุข. 2546: 25-26)

แมกกลิโอและและโรบินสัน (Magglio; & Robinson. 1994: 319-335) สังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 62 เรื่อง เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความวิตกกังวลต่อความตาย ด้วยการเปรียบเทียบการจัดการเรียนการสอน 2 รูปแบบ คือ การเรียนรู้ที่เน้นการสอนกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ พบว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีผลต่อการเพิ่มระดับความวิตกกังวลต่อความตายน้อยกว่าการเรียนรู้แบบเน้นการสอน

สรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตรศึกษามีการจัดการศึกษา 4 รูปแบบ (Downe- Wamboldt; & Tamlyn. 1997: 180) คือ 1) แบบบูรณาการ 2) แบบรายวิชา 3) แบบรายวิชาบังคับ 4) แบบหลักสูตรเสริม และจำแนกรูปแบบการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิธีการสอนเป็น 2 วิธี คือ 1) วิธีเน้นการเรียนรู้จากการสอน 2) วิธีเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สำหรับการประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับนักศึกษาพยาบาลเป็นแบบหลักสูตรเสริม โดยพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นและใช้วิธีการสอนแบบเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอล์บโมเดล (Kolb's Model)

7.3 การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาล โดยมุ่งเน้นการพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีคุณธรรม ดังนี้ (วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. 2555: 2-11)

1. ความซื่อตรง หมายถึง การมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
2. ความรักเพื่อนมนุษย์ หมายถึง การให้ความรักต่อผู้อื่น ความรักไม่คิดเห็นแก่ตนฝ่ายเดียว และอดทนต่อทุกอย่าง
3. ความเมตตา หมายถึง ความรัก ความเอ็นดู ความปรารถนาจะให้ผู้อื่นเป็นสุขและความสงสารคิดช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์
4. ความสละตน หมายถึง การเป็นผู้เสียสละ รู้จักแบ่งปัน อุทิศตนเองด้วยเมตตาจิตบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนทั่วไปและประเทศชาติ ผลที่ได้คือความสุข ความอึดอึดใจแก่ทุกคน
5. ความข่มใจ หมายถึง สามารถเอาชนะใจตนเองได้ ก็ยอมชนะปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ได้
6. ความอดทน หมายถึง เป็นความอดทน พากเพียรที่จะเรียนจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

7. ความจริงใจ หมายถึง การแสดงความจริง ทั้งต่อหน้าและลับหลังจะเป็นที่น่าคบหาสมาคมและเป็นมิตรแท้

8. ความเพียร หมายถึง ความขยัน มานะ อดทน หมั่นพยายามประพฤติดั้งสิ่งที่ดีจนเป็นนิสัยสืบไป

9. ความมีจรรยาวิชาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน เก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่

10. ความอ่อนน้อม สุภาพ หมายถึง ความถ่อมตน ยอมรับความจริงในตัวเอง มีกิริยาอ่อนโยน สุภาพ

11. ความมีวาจาดี หมายถึง การพูดไพเราะอ่อนหวาน พูดแต่ในสิ่งที่ดี พูดในสิ่งที่สร้างสรรค์ ไม่กล่าวร้ายผู้อื่น

12. ความสะอาดกายใจ หมายถึง การรักษาความสะอาดบริสุทธิ์ทั้งกาย วาจาใจ โดยจะต้องได้รับการอบรมสั่งสอนให้เจริญไปในทางดีงามทุกอย่าง

จากการศึกษากรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (มคอ.3) ปีการศึกษา 2555 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า ไม่มีรายวิชาโดยเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตร 4 ปีของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งในหลักสูตรพยาบาลปัจจุบันมีการเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาระที่สอดแทรก คือ การพยาบาลแบบประคับประคองซึ่งเป็นหัวข้อย่อยในการพยาบาลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ สาระที่สอดแทรก คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิชาแนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีทางการพยาบาล สาระที่สอดแทรก คือ ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับความตายและกระบวนการตาย การพยาบาลผู้ป่วยถึงแก่กรรม การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สาระที่สอดแทรก คือ การสูญเสีย ความเศร้าโศก และวิชากรูหมาย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล สาระที่สอดแทรก คือ ปัญหาจริยธรรม กฎหมายเกี่ยวกับการตาย จัดการเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาต่างๆดังกล่าวใช้ระยะเวลาจัดการเรียนรวม 3 ชั่วโมง และด้วยระยะเวลาจำกัดภายใต้กรอบที่กำหนดการเรียนการสอนไว้แล้ว ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ สอดคล้องกับ สมาคมการศึกษาพยาบาลแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (American Association of Nursing Education: [AANE]. 1999) ได้กล่าวถึงความจำเป็นที่สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องทำหน้าที่และรับผิดชอบในการจัดการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยที่เน้นความสุขสบาย 2) การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เกี่ยวกับความตาย 3) ยอมรับทัศนคติ อารมณ์ ความรู้สึก ค่านิยม ความคาดหวังของตนเองเกี่ยวกับความตายและยอมรับในความหลากหลาย หลายของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความ

ตายของผู้ป่วยและครอบครัว 4) วิเคราะห์ประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการประยุกต์หลักการของกฎหมายและจริยธรรม รวมทั้งค่านิยมของบุคคล มาตรฐานวิชาชีพและสิทธิของผู้ป่วย และเป้าหมายหรือจุดประสงค์การเรียนรู้ที่ยังไม่ชัดเจนในการพัฒนาความรู้ ทักษะและเจตคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับ (Wass, Berardo; & Neimeyer. 1998: 400; citing Knott. 1979) ซึ่งในการจัดการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเป้าหมายทั่วไป 3 ประการ คือ 1) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับความตาย (Information sharing) 2) เพื่อทำความเข้าใจต่อความนิยมต่างๆเกี่ยวกับความตาย (Values clarification) ของตนเอง และ 3) เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญกับความตาย (Coping behavior) ของตนเอง ญาติ เพื่อน และผู้รับบริการ

วิธีการสอนเป็นแบบการบรรยายและการอภิปรายกลุ่มใหญ่ ซึ่งเน้นการสอนการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าทางจิตวิญญาณ การสอนแบบบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้เข้าใจกับความคิด อารมณ์ ค่านิยมต่อความตายของตนเองและขาดโอกาสที่จะทำความเข้าใจและยอมรับความคิด อารมณ์ของผู้อื่นที่แตกต่างจากตนเองได้ ในส่วนการฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีนักศึกษาบางคนที่ได้รับประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง ทั้งนี้ขึ้นกับโอกาสอำนวย

สรุปได้ว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ไม่มีรายวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง ส่วนใหญ่จะมีการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นแบบบรรยายสอดแทรกในแต่ละวิชา การสอนเน้นการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ และด้วยระยะเวลาจำกัด ภายใต้อุปกรณ์ที่กำหนดการเรียนการสอนไว้แล้ว ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ขึ้น เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้เกิดคุณภาพการรักษายาบาลที่ดี ทันทต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและตอบสนองยุทธศาสตร์ของชาติ ที่มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตร

พจนีย์ มั่งคั่ง (2549: บทคัดย่อ) ศึกษาพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน สำหรับผู้บริหารสถานศึกษา โรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม ซึ่งองค์ประกอบของหลักสูตรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อการฝึกอบรม การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม 3) การตรวจสอบ

ประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม และ 4) การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรม ดำเนินการทดลอง โดยนำหลักสูตรฝึกอบรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน รูปแบบการทดลองเป็นแบบ One-Group Pretest-Posttest Design ซึ่งใช้ระยะเวลาทดลอง 3 วัน มีการทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบทดสอบและแบบวัดเจตคติ ผลการทดลอง พบว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ ความเข้าใจหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีเจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมกับชุมชน หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และคนอื่นๆ (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยศึกษาจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีพยาบาลจำนวน 86 ราย เข้าร่วมการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 2 วัน ประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ตอบแบบสอบถาม 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้ารับการอบรม (ครั้งที่ 1) หลังได้รับการอบรม 1 เดือน (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับการอบรม 3 เดือน (ครั้งที่ 3) ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือนสูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ธมนพัชร ลิ้มมาร (2553: บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และ 4) นำหลักสูตรไปทดลองใช้ ดำเนินการทดลองโดยนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน รูปแบบการทดลองเป็นแบบ One-Group Pretest-Posttest Design ซึ่งใช้ระยะเวลาทดลอง 32 ชั่วโมง การประเมินผลหลักสูตรโดยใช้แนวคิดของ Kirkpatrick พบว่า ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่ต่ำกว่า 3.5) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยทั้งความรู้ ความสามารถและทัศนคติหลังการทดลองใช้สูงกว่าก่อนการทดลองใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อติดตามผลหลังการอบรม 8 สัปดาห์ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังการอบรม 8 สัปดาห์สูงกว่าหลังสิ้นสุดการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้ ความสามารถหลังการอบรม 8 สัปดาห์กับหลังสิ้นสุดการอบรมไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า หลังการอบรม 8 สัปดาห์

คะแนนความรู้ ความสามารถ และทัศนคติของผู้เข้าอบรมยังคงอยู่ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการอบรม 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้เข้าอบรมร้อยละ 72.5 สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้จนสามารถแสดงผลลัพธ์ขององค์กรได้

วุฒิพงษ์ ทองก้อน (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะการประกันคุณภาพ สำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม 3) การทดลองใช้หลักสูตร 4) การประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตร ดำเนินการทดลองโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 ระยะ คือ การศึกษานำร่อง โดยนำหลักสูตรไปทดลองใช้กับนักศึกษาจำนวน 15 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้หลักสูตร หลังจากนั้นนำหลักสูตรไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนระยะเวลาทดลอง 30 ชั่วโมง โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว ทำการทดสอบก่อนและหลังการใช้หลักสูตร พบว่า คะแนนวัดความรู้ สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70 และหลังการทดลองใช้หลักสูตรคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนวัดเจตคติต่อการประกันคุณภาพสูงกว่าเกณฑ์ 3.50 และหลังการทดลองใช้หลักสูตรคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความเหมาะสมของการทดลองใช้หลักสูตรอยู่ในระดับมาก

คูลิเคนและคนอื่นๆ (Coolican; et al. 1994) ศึกษาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตายและความโศกเศร้า ของโปรแกรมการศึกษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา จำนวน 650 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า จำนวนร้อยละ 99 จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตายและความโศกเศร้าไว้ในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรีและมีเพียงร้อยละ 16 ที่จัดแบบรายวิชาเฉพาะที่เหลือส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการในรายวิชาต่างๆ ภาควิชาและภาคปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของอิงเกล (Engel) ลินเดแมน (Lindemann) วอร์ดเดน (Worden) ร้อยละ 75 ใช้ทฤษฎี กูเบอร์-รอส (Kubler Ross) และร้อยละ 83

ดาวเน-แวมโบลท์และแวมลิน (Downe-Wamboldt; & Tamlyn. 1997) ศึกษาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการจัดมรณศึกษาของโปรแกรมของพยาบาลในประเทศอังกฤษและแคนาดา ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 100 จัดมรณศึกษาในโปรแกรมของพยาบาลในประเทศอังกฤษและร้อยละ 89 จัดมรณศึกษาในโปรแกรมของพยาบาลในประเทศแคนาดา และร้อยละ 93 จัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการในรายวิชาต่างๆ เป็นส่วนน้อยจัดเป็นวิชาเลือกและวิชาบังคับ โดยใช้วิธีการสอนแบบบรรยายร้อยละ 70 รองลงมาเป็นการสอนรายกรณีและการอภิปรายกลุ่ม

เฟอร์เรลและคนอื่นๆ (Ferrell; et al. 1998) ศึกษาโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 52 คน จากสถานผู้ดูแล 2 แห่งเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หัวข้อการอบรมออกแบบเป็น 5 หัวข้อที่ได้จากการสำรวจความต้องการของ 134 ครอบครัว ได้แก่ 1) แนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) การจัดการกับอาการปวด 3) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

5) ผลที่เกิดขึ้นภายหลังความตาย ประเมินผลโดยการทดสอบก่อนและหลังการได้รับการฝึกอบรม ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.97 เป็น 7.42 และจากการประเมินตนเองของหน่วยงาน พบว่า ระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.59 เป็น 7.94 (จากสเกล 0 คือ ไม่มีประสิทธิภาพเลย ถึง 10 มีประสิทธิภาพมากที่สุด) และเสนอแนะการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในอนาคต ควรประเมินผลกระทบของโปรแกรมต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย และควรสรุปความรู้การดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นของพยาบาล ที่จำเป็นในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

เฟอร์เรลและคนอื่นๆ (Ferrell; et al. 1999) ศึกษาการวิเคราะห์ตำราเรียนพยาบาลที่เกี่ยวกับเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเก็บตัวอย่างจากตำรา 50 เล่ม (45,683 หน้า) ของตำรามากกว่า 700 เล่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและปริมาณ มีเนื้อหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ คุณภาพชีวิตความเจ็บปวด การประเมินอาการ/การจัดการ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังจะตาย บทบาท/ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเด็นของนโยบาย จริยธรรมและกฎหมาย รวมถึงการดูแลหลังการสูญเสีย ผลการวิจัย พบว่า มีเพียง 2% ของเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมี 1.4% ของตำราการพยาบาลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการวิเคราะห์สรุปว่า ตำราเรียนการพยาบาลมีเนื้อหาที่ไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุมหัวข้อที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นที่จะต้องเพิ่มเนื้อหาในการเตรียมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาล คือ การปฏิบัติพยาบาลจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการศึกษาพยาบาล ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพัฒนาหลักสูตรของการเรียนพยาบาลและการให้การศึกษาย่างต่อเนื่องสำหรับการฝึกพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เอเดรียนเซนและแวน แอดเตอเบลค (Adriaansen; & Van Achterberg. 2005) ศึกษางานวิจัยในช่วงปี 1999-2005 เกี่ยวกับหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง ในช่วงการศึกษา ก่อนและหลังระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า หัวข้อจำเป็นพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนการดูแลแบบประคับประคอง คือ การติดต่อสื่อสาร การประคับประคองด้านจิต-สังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกเห็นใจ การจัดการกับอาการและการจัดการกับความปวด รวมทั้งบูรณาการวิธีการสอนต่างๆกัน โดยมีการใช้เครื่องมือ วิดีทัศน์หรือเทปบันทึกเสียง การแสดงบทบาทสมมติ และการวิเคราะห์กรณีศึกษา การมีส่วนร่วมอภิปราย ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่เหมาะสมความสำเร็จมากที่สุด คือ หลักสูตรที่บูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรูปแบบวิธีการสอนต่างๆ กัน

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล พบว่า การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และสมาชิกครอบครัวรวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องตามระบบวิธีคิด การให้คุณค่าและความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยผู้ป่วยเด็ก บิดามารดาและสมาชิกครอบครัวจะให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้าย 4 ลักษณะ คือ เป็นแล้วต้องตายไม่รอด เป็นความทุกข์ทรมาน เป็นไปตามบุญกรรมและทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม เป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำตามการตีความ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีความสุขไม่ทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ ซึ่งระยะสุดท้ายมีอาการผิดปกติไม่รุนแรง ผู้ป่วยเด็กจะสามารถดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว คือ การตรวจสอบประเมินตนเอง จัดการอาการไม่สุขสบาย การทำใจ ดูแลร่างกายให้แข็งแรง ดูแลให้สบายใจและปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ระยะมีอาการผิดปกติรุนแรงครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ทั้งการตรวจสอบประเมินอาการ รักษาหรือและร่วมตัดสินใจการดูแลรักษา การทำใจ ผสมผสานการดูแลรักษา ดูแลร่างกายให้แข็งแรง ดูแลให้สบายใจ ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ทั้งพามาตรวจที่โรงพยาบาล และเมื่อเข้าระยะใกล้ตายครอบครัวจะร่วมตัดสินใจการดูแลรักษา จัดการอาการไม่สุขสบาย ดูแลให้สบายใจและมีที่พึ่งทางใจ เมื่อถึงระยะเสียชีวิต ครอบครัวจะดูแลให้สะอาดและสงบ รวมทั้งปรึกษาเครือญาติจัดพิธีศพและทำบุญอุทิศ

สุณี พนาสกุลการ และคนอื่นๆ (2550: บทคัดย่อ) ศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ทัศนคติของนักศึกษาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.78$, $SD = 0.32$) ทัศนคติด้านความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่ป่วยในระยะสุดท้ายแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และปัจจัยทัศนคติด้านความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

สุภาพร ดาวดี (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลต้องการพัฒนาทักษะการดูแลเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลแสดงพฤติกรรมเป็นประจำน้อยกว่า 10% มีกลุ่มตัวอย่าง 7% ที่อยู่กับผู้ป่วย แม้เขาจะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา มี 8% ที่สนทนากับคุณค่า เป้าหมายชีวิตและความเชื่อในชีวิตหลังความตายของผู้ป่วย มี 9% ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นพบคุณค่าประสบการณ์ในอดีต ความสำเร็จและความประทับใจ มี 9% ที่ช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจความรู้สึกตนเองโดยการพูดสะท้อนความรู้สึกของเขา และมี 10% สนใจแสวงหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลเอื้ออาทรดังกล่าว เป็นพฤติกรรมที่

ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยทั้งสิ้น 2) การดูแลเอื้ออาทรครอบครัวพฤติกรรม การดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนามี 30% ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และ 32% กระตุ้นให้ญาติหรือ บุคคลสำคัญของผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียน เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมให้การดูแลหรือตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งอาจต้องการพูดคุยกับคนที่คุ้นเคย และ 26% ให้ โอกาสครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวลหรือความกลัวออกมา มีเพียง 21% ที่พยาบาล ร่วมกันญาติในการเตรียมจิตใจผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้เวลาในระยะสุดท้ายที่บ้านเมื่อผู้ป่วยต้องการ 3) การสื่อสาร เกือบทุกพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรซึ่งคิดเป็นร้อยละ 96 (48 ข้อจาก 50 ข้อ) เน้น การสื่อสารเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารด้วยวาจาหรือการสื่อสารทางอารมณ์ ร่างกายและ ความรู้สึก (Emotional needs) และในทุกพฤติกรรมมีค่าความถี่ในการปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง (Regularly) ต่ำกว่า 50% ยกเว้น มีพฤติกรรม 62% แนะนำหรือบอกทุกครั้งก่อนที่จะทำอะไรให้กับ ผู้ป่วย และมีพฤติกรรม 57% ที่แสดงท่าที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเอง ดังที่กล่าว มาแล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนาการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และ 4) การเป็นเพื่อนในกระบวนการความตาย พยาบาลยังต้องพัฒนาหรือเพิ่มพูนทักษะด้านนี้ ผลการศึกษา พบว่า มีเพียง 14% ที่พยาบาลพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา และมี 14% ที่อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยที่กำลังทุกข์ทรมาน มี 15% ที่ช่วยผู้ป่วยให้พูดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อแบ่งปันบรรเทาความทุกข์โศก และช่วยให้รู้สึกว่ามีอยู่โดดเดี่ยว หรือเผชิญกับปัญหาอยู่คนเดียว มี 18% ที่ช่วยผู้ป่วยให้เติบโตและผ่านระยะต่างๆ ด้วยการแนะนำ ให้ผู้ป่วยอยู่กับตนเองต่อความผิดพลาดในอดีต และมี 22% ที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติการกิจที่ ค้างค้างให้สำเร็จ (Unfinished business)

อารียา ด้านผาทอง (2552: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่าง เอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล แพร่มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรโดยรวม และรายด้าน 9 ด้าน อยู่ในระดับมาก เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคลมาพิจารณา พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงานด้านการ พยาบาลและหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายอย่างเอื้ออาทรจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล ความ แตกต่างของหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วย สามัญกึ่งวิกฤตและหอผู้ป่วยไอซียู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คัปเพิลโลเมกิ (Kuuppelomäki. 2001) ศึกษาการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยการสอบถามพยาบาล จำนวน 328 ราย พบว่า พยาบาลร้อยละ 51 มีความพร้อมในการช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย โดยวิธีการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณที่มีมากที่สุด คือ มีส่วนร่วมในพิธีกรรมศาสนา รองลงมาคือ การช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายแห่งชีวิต ช่วยให้ได้พูดคุยกับพระ มีการชี้แนะให้รำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า และเปิดเพลงที่จรรโลงด้านจิตวิญญาณให้ฟัง ตามลำดับ ส่วนพยาบาลจำนวนครึ่งหนึ่งกล่าวว่าพวกเขาแทบจะไม่เคยนำเสนอการสนับสนุนทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยของตน และข้อบกพร่องในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและความเต็มใจที่จะให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณนี้ เน้นถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมเพิ่มเติมของพยาบาลในด้านการส่งเสริมจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

schulman และคนอื่นๆ (Schulman; et al. 2005) ศึกษาโดยสำรวจพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยหนักฉุกเฉิน จำนวน 174 ราย พบว่า อุปสรรคสำคัญมากที่สุด คือ การสื่อสารยอมหรือไม่ยอม นั่นคือ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมรับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง รองลงมาคือ การที่แพทย์ไม่แน่ใจที่จะลงความเห็นว่าคุณป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหรือมีอาการทรุดหนักลงอย่างรวดเร็ว การที่พยาบาลพร่องความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร การที่พยาบาลมีภาระงานอย่างอื่นมาก พยาบาลมีความรู้สึกไม่สบายใจในการพูดคุยถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พยาบาลมีความกลัวต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เมื่อสมาชิกครอบครัวทราบข่าวร้าย และพยาบาลอยากรักษาความหวังในการรักษาผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวตามลำดับ

คาเรน (Karen. 2008) ศึกษาพฤติกรรมพยาบาลที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ มีตำแหน่งที่สำคัญทางการพยาบาล ให้การสนับสนุนการตัดสินใจสิ้นสุดของชีวิตอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือดูแลสุขภาพได้ พฤติกรรมที่สนับสนุนในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การสื่อสารอย่างอ่อนโยน สม่ำเสมอ พยาบาลที่มีประสบการณ์และมีทักษะความเชี่ยวชาญแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน

นีเดอริทเทอร์ (Niederriter. 2009) ศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อความตายและการตาย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมักจะมีความเครียดที่มาพร้อมกับการดูแลผู้ที่กำลังจะตาย นักศึกษาพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จากการศึกษพบว่า มีพยาบาลเพียงร้อยละ 41 ที่ได้รับการรับรองว่ามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการตรวจสอบ นักศึกษาพยาบาลระดับต้น จำนวน 30 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับความตาย และความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทักษะการสื่อสารและการรับมือกับความเครียดทางอารมณ์ การศึกษาสามารถช่วยเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้ได้ โดยใช้การวิจัยที่มีการวางแผนวิธีการที่ดี ในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับความตาย ความต้องการของการผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

มีสุขโข จุฑารัตน์ (Mesukko. Jutarat. 2010) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อคุณภาพของการตายและความตาย อุปสรรคและการอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกไอซียูประเทศไทย และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้คุณภาพการของการตายและความตายของทารกและเด็กในแผนกไอซียูประเทศไทยในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 52.89, SD = 15.43) แสดงให้เห็นถึงอุปสรรคและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีส่วนสำคัญกับคุณภาพของการตายและความตาย การจัดอันดับที่เป็นอุปสรรคสูงสุด คือ ความขัดแย้งในหมู่แพทย์เกี่ยวกับทิศทางในการดูแลรักษา ข้อจำกัดด้านเวลาและความรู้ที่ยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สามอันดับสูงสุด คือ 1) ผู้ที่จะอำนวยความสะดวกการดูแลสุขภาพแบบมืออาชีพ 2) ข้อตกลงของแพทย์ เกี่ยวกับทิศทางของการดูแล 3) การเตรียมพร้อมในการดูแลข้างเตียงอย่างเรียบง่ายและสง่างาม เมื่อผู้ป่วยจะเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้นำไปเป็นข้อมูลสำหรับนโยบายของประเทศไทยด้านการดูแลสุขภาพ ผู้บริหารการพยาบาลและโรงพยาบาล การศึกษาพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยในอนาคต

เนลสันและคนอื่นๆ (Nelson; et al. 2010) ศึกษาการสนทนากลุ่มของผู้มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วย พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคาดหวังถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ โดยคาดหวังว่าจะได้รับการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย อาการและการแสดง การเปลี่ยนแปลงของอาการในผู้ป่วย ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ผู้รักษา การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อวางแผนเป้าหมายและกำหนดแผนการรักษา ร่วมกันกับแพทย์ การดูแลที่มุ่งความสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

สรุปได้ว่า จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี ได้แนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยมีกระบวนการพัฒนาหลักสูตร 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เป็นการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 2) การร่างหลักสูตรฝึกอบรมโดยมีองค์ประกอบ คือ แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เป็นการประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำหลักสูตรไปทดลองใช้ และ 4) การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ เพื่อหาประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม โดยประเมินจากความรู้ เจตคติและทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการเรียนรู้ที่นำมาใช้ในการฝึกอบรม อาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลป์ (Kolb. 1984: 38) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในวิธีหนึ่งในการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้กระบวนการเรียนรู้

จากประสบการณ์ตรงของผู้เรียนเอง การสังเกตประสบการณ์ของบุคคลอื่น หรือการกำหนดสถานการณ์ขึ้น การเรียนรู้เน้นการลงมือปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม และร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ครอบคลุมการดูแลทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำไปปฏิบัติประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและใช้ประกอบวิชาชีพในอนาคตได้ ทำให้เกิดความก้าวหน้าในตนเองและวิชาชีพสืบไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังนี้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เป็นการจัดเตรียมเพื่อกำหนดข้อมูลที่จำเป็นพื้นฐานและความต้องการ ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม การฝึกอบรม ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ศึกษาความคิดเห็น ดังนี้

2.1 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน

2.2 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลศิษย์เก่า
ประจำโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 แผนก
แผนกละ 2 คน จำนวน 10 คน

2.3 ศึกษาความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์
และผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ได้แก่ อธิการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการณ และหัวหน้าแผนก จำนวน 5 คน

2.4 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการจัดการเรียนการสอน เป้าหมาย จุดประสงค์
การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ วิธีการสอน สื่อหรือแหล่งการเรียนรู้ ระยะเวลาของการเรียนการสอน การวัด
และการประเมินผล ปัญหาที่พบในการเรียนการสอนและแนวทางการจัดเรียนการสอนเกี่ยวกับการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสำรวจความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลที่สอนและนิเทศก์เกี่ยวกับ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของวิทยาลัยพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษา
ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 คน แห่งละ 2 คน ทั้งหมด 7 แห่ง แบ่งออกเป็น

2.4.1 อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จำนวน 2 คน

2.4.2 อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง คือ วิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก จำนวน 2 คน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ จำนวน 2 คน

2.4.3 อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 2 คน และคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 2 คน

2.4.4 อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันอุดม ศึกษาเอกชน 2 แห่ง คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 2 คน และคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 2 คน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความคิดเห็น มาสรุปเป็นข้อมูลพื้นฐานและจัดลำดับ ความสำคัญ คัดเลือก 3 อันดับแรกในการเสริมสร้างความสามารถของนักศึกษาในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายมาจัดทำร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ขั้นตอนที่ 2 การร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดำเนินการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการพิจารณาข้อมูล ที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสำรวจความคิดเห็นต่าง ๆ ในขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็น หลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมของหลักสูตรฝึกอบรม เทคนิคการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม กำหนดเวลาการฝึกอบรม และการประเมินผลและ การติดตามผลการฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

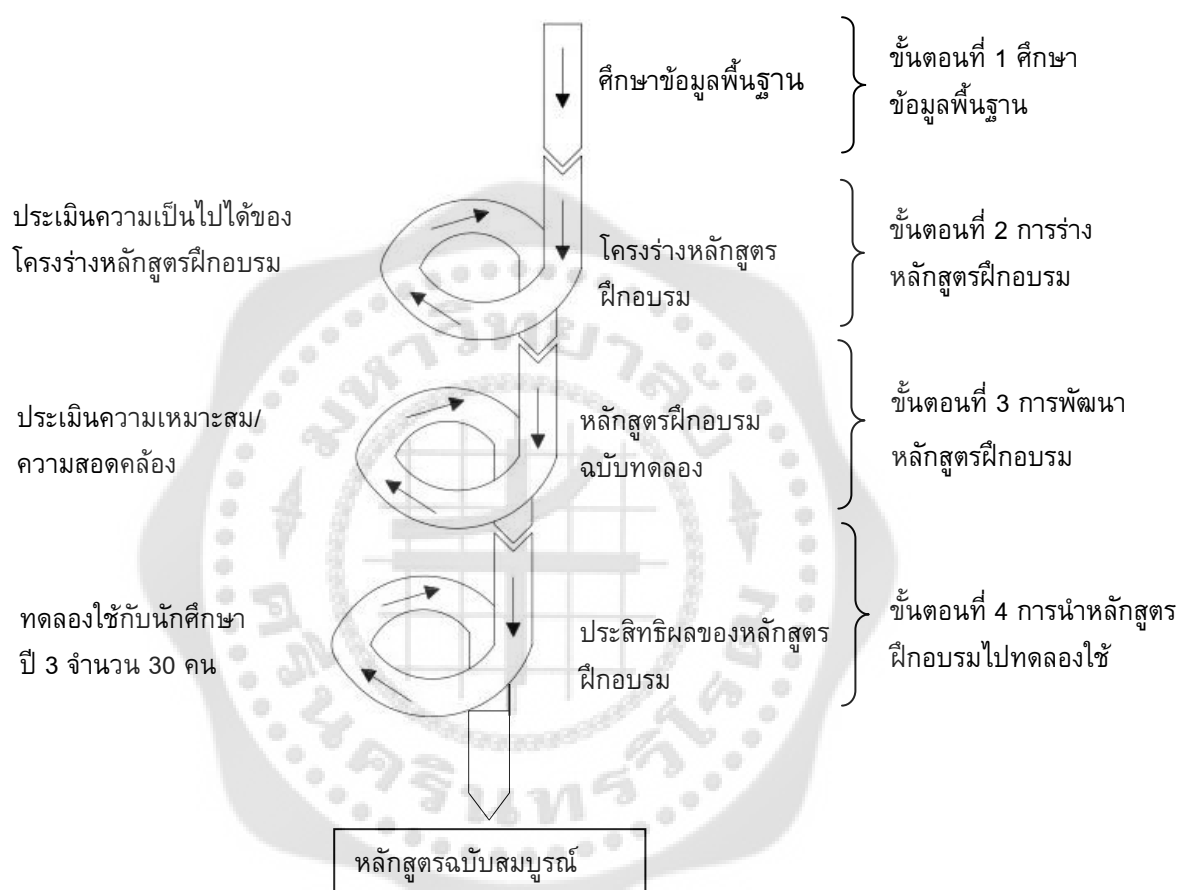
การประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม เป็นการตรวจสอบโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมที่ ได้จากขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล และด้าน หลักสูตรและการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ภาคผนวก ข) แล้วดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำหลักสูตรไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปทดลองใช้

การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ เพื่อหาประสิทธิผลของหลักสูตรการฝึกอบรมการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เป็นการนำหลักสูตร ฝึกอบรมในขั้นตอนที่ 3 ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 3 ปี การศึกษา 2556 จำนวน 30 คน ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการทดลองฝึกอบรมเป็นเวลา 2 วันตั้งแต ่วันที่ 28-29 กันยายน 2556 เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร โดยวัดในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนภาคปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสังเกตทักษะการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานการณ์จริง ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ฝึกภาคปฏิบัติจำนวน 120 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 21 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 และประเมินถอดบทเรียนหลังการนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย เซนต์หลุยส์ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ 16 ขั้นตอนและวิธีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ตาราง 8 กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ขั้นตอน การวิจัย	วิธี ดำเนินการ	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้	การ รวบรวม ข้อมูล	การวิเคราะห์ ข้อมูล	ผลลัพธ์
1. การศึกษา ข้อมูล พื้นฐาน	1.ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับ การเรียนการ สอนและการ ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย 2. สำนวจความ คิดเห็นเกี่ยว กับการดูแลผู้ ป่วยระยะสั สุดท้าย 3.สำรวจความ คาดหวังของ ผู้บริหาร 4. สำนวจความ คิดเห็นการจัด การเรียนการสอน เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	1.เอกสาร ตำรา บทความ งาน วิจัย ทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง 2.นักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน 3.พยาบาลศิษย์ เก่าวิทยาลัย เซนต์หลุยส์ ที่ ปฏิบัติงานการ ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย จำนวน 10 คน 4.ผู้บริหาร วิทยาลัยฯ ผู้บริหารโรง พยาบาลเซนต์ หลุยส์ จำนวน 5 คน 5.อาจารย์ พยาบาล จำนวน 14 คน	1.แบบสอบถาม ความคิดเห็น ของนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อการเรียน การสอนการ ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย 2.แบบสอบถาม ความคิดเห็น ของพยาบาล ศิษย์เก่าของ วิทยาลัยเซนต์ หลุยส์ต่อการ ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย 3.แบบสอบถาม ความคาดหวัง ของผู้บริหารต่อ การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย 4.แบบสอบถาม ความคิดเห็น ของอาจารย์ พยาบาลต่อ หลักสูตรและ การจัดการ เรียนการสอน การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	1. ความคิด เห็นเกี่ยวกับ การเรียน การสอนการ ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย 2.ความคิด เห็นเกี่ยวกับ การดูแลผู้ ป่วยระยะ สุดท้าย 3.ความคิด เห็นเกี่ยวกับ ความคาดหวัง ต่อการดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย 4.ความคิด เห็นเกี่ยวกับ หลักสูตร และการ จัดการเรียน การสอนการ ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	1.ปัญหาการ เรียนการสอน ในการดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย 2.การเรียน การสอนและ การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ ต้องเสริมสร้าง 3. สถิติที่ใช้คือ ค่าดัชนีความ สอดคล้องค่า อำนาจจำแนก ค่าความ เชื่อมั่นของ แบบสอบถาม ค่าความถึ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วน เบี่ยงเบน มาตร ฐาน (SD.) 4.การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)	ความ จำเป็นและ ความ ต้องการ ในการ ฝึกอบรม การดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย สำหรับ นักศึกษา พยาบาล วิทยาลัย เซนต์หลุยส์

ตาราง 8 (ต่อ)

กระบวนการวิจัย	วิธีดำเนินการ	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	การรวบรวมข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลลัพธ์
2. การร่างหลักสูตร ฝึกอบรม	1.ศึกษาวิเคราะห์เอกสาร 2. กำหนดโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม	เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1	แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขั้นตอนที่ 1	แนวทางการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1.จุดมุ่งหมายเนื้อหาสาระของหลักสูตร ฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย เซนต์หลุยส์ 2.ส่วนประกอบของหลักสูตร ฝึกอบรม 3. สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD.)	โครงสร้างหลักสูตร ฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับ นักศึกษา พยาบาล วิทยาลัย เซนต์หลุยส์
3.การพัฒนาหลักสูตร ฝึกอบรม	ประเมินคุณภาพของโครงสร้างหลักสูตร ฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้น	ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล และด้านหลักสูตร และการสอน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน	แบบประเมินโครงสร้างและความสอดคล้องของหลักสูตร ฝึกอบรม	1.ความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตร 2.ความสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม	1.คุณภาพเบื้องต้นของหลักสูตรเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความจำเป็นหลักการทำงานของหลักสูตรฝึกอบรม 2.จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 3.เนื้อหาของหลักสูตร 4.กิจกรรมการฝึกอบรม 5.สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม 6.การวัดและประเมินผล 7.สถิติที่ใช้คือ ค่า IOC	ความเหมาะสม สม และ ความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรที่ผ่านการประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดลองใช้

ตาราง 8 (ต่อ)

กระบวนการ การวิจัย	วิธี ดำเนินการ	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	การรวบรวม ข้อมูล	การวิเคราะห์ ข้อมูล	ผลลัพธ์
4.การนำ หลักสูตร ฝึกอบรมไป ทดลองใช้	1.นำร่าง หลักสูตร ฝึกอบรมที่ ผ่านการประ เมินไปทด ลองฝึกอบรม กับนักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 16 ชั่วโมง 2.หาประสิทธิ ผลของหลัก สูตรฝึกอบรม 3.นักศึกษาที่ ผ่านการฝึก อบรมนำหลัก สูตรไปปฏิบัติ การพยาบาล กับผู้ป่วยเป็น เวลา 120 ชั่วโมง 4.ประเมิน หลังฝึก ปฏิบัติ	1.นักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน 2. วิทยากรและ ผู้ช่วยวิทยากร จำนวน 5 คน 3.อาจารย์นิเทศ ภาคปฏิบัติ จำนวน 9 คน	1.แบบวัด ความรู้ 2.แบบวัด เจตคติ 3.แบบสังเกต ทักษะ 4.แบบประ เมินผลภาค ปฏิบัติ 5.แบบประ เมินถอด บทเรียน	1.คำแนะนำ ของวิทยากร และผู้ช่วย วิทยากร 2.การประเมิน ความรู้ ทักษะ เจตคติ 3.การประเมิน ผลการปฏิบัติ 4.สรุปการ ถอดบทเรียน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน (SD.) 1.ประสิทธิผล ของหลักสูตร ฝึกอบรม 2.สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน (SD.) 3. t-test one sample group เปรียบเทียบ กับเกณฑ์ 4. t-test dependent เปรียบเทียบ ผลก่อน-หลัง การฝึกอบรม 5.การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)	ประสิทธิผล ของ หลักสูตร ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านทักษะ เกี่ยวกับ การดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับ
นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วิธีดำเนินการ การดำเนินการในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 ศึกษาแนวคิดการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร (Mellish; & Brink. 1990: 67; Atkins; & Murph. 1994; Downe- Wamboldt; & Tamlyn. 1997: 180; American Association of Critical Care Nursing: [AACN]. 1999) ศึกษาการจัดเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ แล้วนำไปสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการในการฝึกอบรม

1.2 ศึกษาแนวความคิดการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างหลักสูตรฝึกอบรม การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การร่างหลักสูตรฝึกอบรม 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และ 4) การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ (Tyler. 1949: 204; Taba.1962: 12; Sayler; et al. 1981: 30-39; วิชัย วงษ์ใหญ่. 2548: 140-150) องค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 2) หลักการและเหตุผล 3) วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม 4) เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม 5) กิจกรรมการฝึกอบรม 6) สื่อประกอบการฝึกอบรม 7) การประเมินผลและการติดตามผลการฝึกอบรมของ (Oliva. 1992: 171-175; วิยะดา รัตนสุวรรณ. 2547: 100-101; พงนิย มั่งคั่ง. 2549: 128-130; วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ. 2553: 117) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง)

1.3 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ ประกอบด้วย หลักการเรียนรู้ที่ใช้ในการฝึกอบรม (DeCenzo; & Robbins, 1999: 277; Singer. 1990: 176-224; Byars; & Rue. 1994: 222-224; Cronbach. 1990: 166) รูปแบบการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb. 1984: 40-42; ชัยพร วิชชาวุธ. 2542: 6-7; สุภณิดา ปุสุรินทร์คำ. 2555: ออนไลน์) และการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2556: ออนไลน์; วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ. 2553: 68-69)

1.4 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วัตสัน. Watson. 1989: 229; อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. 2555: 8; พระไพศาล วิสาโล. 2547: 1-11; สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ. 2550: ออนไลน์; ธนา นิลชัยโกวิท. 2555: ออนไลน์) 2) มาตรฐานการพยาบาล ตามแนวสมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing: AACN. 2002: 40-41) สมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤต ประเทศสหรัฐอเมริกา (Society of Critical Care Medicine [SCCM]. 2007: online) คณะกรรมการคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองแห่งชาติ

(National Consensus Project for Quality Palliative Care [NCPQPC]. 2004: online) 3) แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล (สภาการพยาบาล. 2555: ออนไลน์; สิวลี ศิริไล. 2553: 213) 4) ประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สิวลี ศิริไล. 2553: 208-209; กฤษฎา เฉลียวศักดิ์. 2545: 3; ราชกิจจานุเบกษา. 2556: ออนไลน์)

ส่วนที่ 2 สํารวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลในส่วนของที่ 1 มาเป็นแนวทางการสํารวจความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนการสอนและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องเสริมสร้าง ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. สํารวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1.1 ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556

จำนวน 30 คน

1.2 ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลศิษย์เก่าประจำโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน

1.3 ศึกษาความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย อธิการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการณ และหัวหน้าแผนกโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 5 คน

1.4 ศึกษาความคิดเห็นในการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกี่ยวกับแนวทางการจัดการเรียนการสอน เป้าหมาย จุดประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ วิธีการสอน สื่อหรือแหล่งการเรียนรู้ ระยะเวลาของการเรียนการสอน การวัดและการประเมินผลและปัญหาที่พบในการเรียนการสอนและควรมีแนวทางการเรียนการสอนอย่างไร โดยศึกษาความคิดเห็นจากอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษา ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร เลือกตัวอย่างแบบสุ่ม จำนวน 14 คน แบ่งละ 2 คน ทั้งหมด 7 แห่งแบ่งออกเป็น

1) อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2) อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง คือ วิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

3) อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

4) อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาเอกชน 2 แห่ง คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับการเรียนรู้ในชั้นเรียนและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ (ภาคผนวก ก) โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดระดับ คะแนน ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยระดับมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยระดับปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อย
1	หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00	หมายถึง	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับมาก
2.50-3.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อย
1.00-1.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลศิษย์เก่าของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประจําการที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความสำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ(ภาคผนวก ก) โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดระดับคะแนน ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00	หมายถึง	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับมาก
2.50-3.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อย
1.00-1.49	หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามความคาดหวังของผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 6 ข้อ (ภาคผนวก ก) มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด และสัมภาษณ์

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลต่อหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 8 ข้อ (ภาคผนวก ก) มีลักษณะคำถามแบบปลายเปิด

3. การสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ

3.1 ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการกำหนดวัตถุประสงค์ และข้อคำถาม เพื่อสร้างเครื่องมือ

3.2 สร้างแบบสอบถามฉบับร่างเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และขอคำแนะนำสำหรับนำมาพัฒนา

3.3 ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจัดพิมพ์เพื่อนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และนำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index-Objective Congruence : IOC) โดยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาหาค่าน้ำหนักคะแนนดังนี้

มีความเห็นว่า สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น +1

มีความเห็นว่า ไม่แน่ใจ กำหนดคะแนนเป็น 0

มีความเห็นว่า ไม่สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น -1

จากนั้นนำมาแทนค่าจากสูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ถือว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมนำไปใช้ได้ (พิชิต ฤทธิ์จรูญ. 2547: 124)

3.4 แก้ไขปรับปรุงข้อคำถามและภาษาที่ใช้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยไปยังอธิการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (ภาคผนวก จ) แล้วดำเนินการขออนุญาตศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และขอพบอาจารย์ผู้สอน เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาปัญหาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ พยาบาลศิษย์เก่าวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ อาจารย์พยาบาลที่สอนและนิเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของวิทยาลัยและขอความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยไปยังอธิการวิทยาลัยพยาบาลและคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ส่งแบบสอบถามและดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องเสริมสร้างให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสำรวจความคิดเห็น นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องเสริมสร้างให้กับนักศึกษาพยาบาลในด้านต่างๆ แล้วคัดเลือกความคิดเห็นตรงกันตั้งแต่ 3 ลำดับขึ้นไป มาพิจารณาการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 2) สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ได้แก่ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index-Objective Congruence : IOC) กำหนดเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

ขั้นตอนที่ 2 การร่างหลักสูตรฝึกอบรม

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นต้องเสริมสร้างให้กับนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการ การดำเนินการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการพิจารณาข้อมูลที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสำรวจความคิดเห็นต่างๆ ในขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นหลักสูตรฝึกอบรม มีดังนี้

1. พิจารณาข้อมูลที่ได้จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสำรวจความคิดเห็นจากขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำมากำหนดจุดมุ่งหมาย เนื้อหาสาระของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องเสริมสร้าง
2. กำหนดส่วนประกอบของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรมเนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมของการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการประเมินผลและการติดตามผลการฝึกอบรม โดยมีแผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ประกอบด้วย

2.1 คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้

2.2 วัตถุประสงค์การเรียนรู้ กำหนดให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรโดยกำหนดในลักษณะของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม

2.3 คำอธิบายเนื้อหา เป็นการกำหนดรายละเอียดของเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ที่มีความจำเป็นและความต้องการให้ผู้เข้ารับการศึกษาได้เรียนรู้ โดยกำหนดให้สอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนรู้

2.4 กิจกรรมการฝึกอบรม กำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้และเนื้อหาสาระ เนื่องจากหลักสูตรมีจุดมุ่งหมายให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ดังนั้นกิจกรรมการฝึกอบรมจึงส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

2.4 สื่อประกอบการฝึกอบรม กำหนดให้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระและกิจกรรมการฝึกอบรม

2.5 การวัดและประเมินผล กำหนดให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรและวัตถุประสงค์การเรียนรู้แต่ละหน่วยฝึกอบรมและเนื้อหาสาระของการเรียนรู้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม ก่อนนำไปทดลองใช้

วิธีดำเนินการ ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินคุณภาพของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล และด้านหลักสูตรและการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. ประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อประเมินองค์ประกอบของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมจำนวน 10 ข้อ (ภาคผนวก ก) แบ่งความเหมาะสมเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ความเหมาะสมมากที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย และเหมาะสมน้อยที่สุด โดยกำหนดระดับคะแนนไว้ดังนี้

5	หมายถึง	มีความเหมาะสมมากที่สุด
4	หมายถึง	มีความเหมาะสมมาก
3	หมายถึง	มีความเหมาะสมปานกลาง
2	หมายถึง	มีความเหมาะสมน้อย
1	หมายถึง	มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00	หมายถึง	โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง	โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมระดับมาก
2.50-3.49	หมายถึง	โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมระดับปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมระดับน้อย
1.00-1.49	หมายถึง	โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมระดับน้อยที่สุด

การกำหนดค่าเฉลี่ยความเหมาะสม คือ ถ้าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมีค่าคะแนนตั้งแต่ 3.50 ถือว่าองค์ประกอบของหลักสูตรมีคุณภาพเหมาะสมในเบื้องต้น ค่าความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมที่ได้เท่ากับ 4.78

2. ประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม เป็นการประเมินความสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม โดยใช้การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index-Objective Congruence: IOC) ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 ข้อ (ภาคผนวก ก) มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ สอดคล้อง ไม่แน่ใจ ไม่สอดคล้อง โดยกำหนดคะแนนไว้ดังนี้

มีความเห็นว่า สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น +1

มีความเห็นว่า ไม่แน่ใจ กำหนดคะแนนเป็น 0

มีความเห็นว่า ไม่สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น -1

นำมาแทนค่าจากสูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (พิชิต ฤทธิ์จัญญ 2547: 124) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ถือว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมนำไปใช้ได้ ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ได้เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม

1. ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับวิธีการสร้างแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม
2. นำแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมที่สร้างขึ้นไปเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาตรวจสอบลักษณะของข้อคำถามและความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้
3. ปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจัดทำเป็นแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมฉบับสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีจัดทำข้อมูล

ผู้วิจัยนำโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมและแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลับมาตรวจสอบความสมบูรณ์แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตร ใช้การวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนน ความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถ้าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมีค่าคะแนนตั้งแต่ 3.50 ถือว่าองค์ประกอบของหลักสูตรมีคุณภาพเหมาะสมในเบื้องต้น

2) การพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบหลักสูตรฝึกอบรม โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index-Objective Congruence: IOC) ของแต่ละข้อโดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรม

วิธีดำเนินการ การดำเนินการในขั้นตอนนี้ เป็นการนำหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่แก้ไขข้อบกพร่องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน โดยดำเนินการ ดังนี้

1. แบบแผนการทดลอง เป็นการทดลองตามแบบแผนการทดลองกลุ่มเดียวสอบก่อนสอบหลัง (one group pretest-posttest design) (คู่มือการอบรม. 2556: ออนไลน์) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 รูปแบบการทดลองกลุ่มเดียวสอบก่อนสอบหลัง

	O ₁	X	O ₂
เมื่อ	O ₁	หมายถึง การสอบก่อนที่จะทำการทดลอง (pretest)	
	O ₂	หมายถึง การสอบหลังจากที่ทำการทดลอง (posttest)	
	X	หมายถึง การใช้หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (treatment)	

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 120 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (ภาคผนวก ข)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 เอกสารประกอบการฝึกอบรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ คู่มือวิทยากร ประกอบด้วย หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม เทคนิคการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม กำหนดเวลาการฝึกอบรม และการประเมินผลและการติดตามผลการฝึกอบรม คู่มือนักศึกษาพยาบาล เล่ม 1 ไขความรู้ประกอบการฝึกอบรมตามหน่วยการเรียนรู้ 1-4 คู่มือนักศึกษาพยาบาล เล่ม 2 ประกอบด้วยแผนการฝึกอบรมหน่วยการเรียนรู้ 1-4 แต่ละหน่วยการ

เรียนรู้ ประกอบไปด้วย คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้ วัตถุประสงค์ คำโครงเนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการวัดและประเมินผล และกิจกรรมไปงานตามหน่วยการเรียนรู้ 1-4 ของหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ สารสำคัญการเรียนรู้ อุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม การจัดห้องทำกิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ตารางเวลากิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และบันทึกกิจกรรมตามไปงาน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในหาประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย

3.2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อใช้วัดความรู้ก่อนและหลังการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากหน่วยการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฝึกอบรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) สร้างแบบวัดความรู้ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 60 ข้อ เกณฑ์การนับคะแนน คือ ให้ 1 คะแนน เมื่อตอบถูก และให้คะแนน 0 เมื่อตอบผิด
- 3) นำแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ข) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา พิจารณาคัดสรรแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ได้แบบวัดความรู้จำนวน 45 ข้อ
- 4) นำไปหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของแบบวัดความรู้รายข้อ โดยการนำข้อสอบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาคำนวณหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของเบรนนอน (Brennan. 1977: 277-289) พิจารณาข้อสอบที่มีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.20-0.80 และค่าอำนาจจำแนก(r) ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้แบบวัดความรู้จำนวน 30 ข้อ (ภาคผนวก ก) มีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.23- 0.73 และค่าอำนาจจำแนก (r) ระหว่าง 0.26-0.60 (ภาคผนวก ค)

5) หากคุณภาพของแบบทดสอบวัดความรู้ ดังนี้

5.1) การวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ

อำนาจจำแนกของข้อสอบอิงเกณฑ์ คือ ประสิทธิภาพของข้อสอบแต่ละข้อที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้เรียนออกเป็นกลุ่มรอบรู้และไม่รอบรู้ โดยนำไปหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของแบบวัดความรู้รายข้อ โดยการนำข้อสอบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาคำนวณหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของเบรนนอน (Brennan. 1977: 277-289) พิจารณาข้อสอบที่มีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.20-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไปได้แบบวัดความรู้จำนวน 30 ข้อ ที่มีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.23- 0.73 และค่าอำนาจจำแนก (r) ระหว่าง 0.27 - 0.60 (ภาคผนวก ค)

5.2) การหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

ตามวิธีของโลเวตต์ (Lovett method) เป็นการหาความเชื่อมั่น โดยใช้แบบทดสอบฉบับเดียว ทดสอบนักเรียนครั้งเดียว แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่น (Lovett. 1978: 239-251) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.96 (ภาคผนวก ก)

3.2.2 แบบวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้ศึกษาเจตคติของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาองค์ประกอบของเจตคติ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการวัดเจตคติตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert. 1932: 1-55)

2) สร้างแบบวัดเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแบบของลิเคิร์ท (Likert's Scale) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยระดับมากที่สุด เห็นด้วยระดับมาก เห็นด้วยระดับปานกลาง เห็นด้วยระดับน้อย เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด กำหนดให้มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	หมายถึง	คำถามเชิงลบ
5	เห็นด้วยมากที่สุด	1
4	เห็นด้วยมาก	2
3	เห็นด้วยปานกลาง	3
2	เห็นด้วยน้อย	4
1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	5

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง ผู้ประเมินมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมากที่สุด

3.50-4.49 หมายถึง ผู้ประเมินมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมาก

2.50-3.49 หมายถึง ผู้ประเมินมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง ผู้ประเมินมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับน้อย

1.00-1.49 หมายถึง ผู้ประเมินมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับน้อยที่สุด

3) นำแบบวัดเจตคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน

(ภาคผนวก ข) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของเจตคติที่จะวัดและพิจารณาจัดสรรแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

4) นำแบบวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้การหา 27% ของกลุ่มสูงและ 27% ของกลุ่มต่ำ แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อคำถาม ที่มีค่า t ตั้งแต่ 1.761 ขึ้นไป มาเป็นข้อคำถามในแบบวัดเจตคติ (Edward. 1987: 152) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป จากการทดสอบค่า t พบว่า แบบวัดเจตคติข้อ 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 23

และ 24 สามารถจำแนกกลุ่มเจตคติสูงกับกลุ่มเจตคติต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีแบบวัดเจตคติข้อคำถามที่ได้ค่า t ต่ำกว่า 1.761 ดังนั้น แบบวัดเจตคติมี 1, 2, 5, 17, 18, 20, 21 และ 25 มีค่า $t = 0.864, 1.452, 0.403, 1.323, 1.667, 1.643, 1.426$ และ 1.271 ตามลำดับ (ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยจึงได้มีการตรวจสอบและมีการแก้ไข ปรับปรุงข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกต่ำกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จึงได้แบบวัดเจตคติจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบวัดเจตคติมีข้อความทางบวก 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 และ 25 และข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 9, 10, 11, 13, 15 และ 17

5) หากคุณภาพของแบบวัดเจตคติทั้งฉบับโดยคำนวณค่าความเชื่อมั่น ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบาค (Conbach. 1990: 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .822 แสดงว่า แบบวัดเจตคติมีความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถามในระดับที่ยอมรับได้

3.2.3 แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้การสังเกตพฤติกรรมการร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลองตลอดการฝึกอบรม ซึ่งมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาเนื้อหาสาระเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากหน่วยการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) สร้างแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสำรวจรายการแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ (ภาคผนวก ก) แบ่งเป็นด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ข้อ ทักษะการสื่อสาร 4 ข้อ และทักษะการดูแลอารมณ์ความรู้สึก ทศนคติ ความหลากหลายความคิด 4 ข้อ ดังนี้

5	หมายถึง	ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นมากที่สุด
4	หมายถึง	ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นมาก
3	หมายถึง	ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นปานกลาง
2	หมายถึง	ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นน้อย
1	หมายถึง	ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นน้อยที่สุด

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
3.50-4.49	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นอยู่ในเกณฑ์ดี
2.50-3.49	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นอยู่ในเกณฑ์พอใช้
1.00-1.49	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นอยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง

ถ้าค่าเฉลี่ยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 3.50 ถือว่า นักศึกษามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ดี

3) นำแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ข) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการสังเกต และพิจารณาคัดสรรแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

3.2.4 แบบประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้บันทึกการสังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว เพื่อติดตามประเมินผลการฝึกอบรม ซึ่งมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาเนื้อหาสาระเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล คุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปฏิบัติงานเป็นทีม จากหน่วยการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) สร้างแบบประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 34 ข้อ (ภาคผนวก ก) เป็นแบบสำรวจรายการแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด มีการปฏิบัติ การพยาบาลมาก มีการปฏิบัติการพยาบาลปานกลาง มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติ การพยาบาลน้อยที่สุด โดยกำหนดระดับคะแนน ดังนี้

5	หมายถึง	มีการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด
4	หมายถึง	มีการปฏิบัติการพยาบาลมาก
3	หมายถึง	มีการปฏิบัติการพยาบาลปานกลาง
2	หมายถึง	มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่
1	หมายถึง	มีการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00	หมายถึง	ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
3.50-4.49	หมายถึง	ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี
2.50-3.49	หมายถึง	ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์พอใช้
1.00-1.49	หมายถึง	ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง

ถ้าวัดค่าเฉลี่ยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 3.50 ถือว่านักศึกษาปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ดี

3) นำแบบประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ข) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการ และพิจารณาคัดสรรแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

4. ระยะเวลาในการทดลอง ผู้วิจัยกำหนดการทดลองใช้หลักสูตรในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2556 เป็นระยะเวลา 2 วัน โดยการทดลองฝึกอบรมตั้งแต่ วันที่ 28 กันยายน 2556 ถึง วันที่ 29 กันยายน 2556 และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ตั้งแต่วันที่ 21 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 ตามแหล่งฝึกของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 เป็นเวลา 120 ชั่วโมง และประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกอบรมและนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ตารางการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ช่วงเวลา	เนื้อหา / กิจกรรมการฝึกอบรม	ระยะเวลา
วันที่ 28 กันยายน 2556	หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การดูแลชีวิตและการตาย	4 ชั่วโมง
วันที่ 28 กันยายน 2556	หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลเมื่อความตายมาถึง	4 ชั่วโมง
วันที่ 29 กันยายน 2556	หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลหลังการสูญเสีย	4 ชั่วโมง
วันที่ 29 กันยายน 2556	หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4 ชั่วโมง
วันที่ 21 ตุลาคม 2556 ถึง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557	ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2	120 ชั่วโมง
วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557	ประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4 ชั่วโมง

5. การดำเนินการทดลอง มีวิธีดำเนินการทดลองดังนี้

5.1 การเตรียมการก่อนการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

5.1.1 จัดเตรียมเอกสารหลักสูตรฝึกอบรม ได้แก่ 1) เอกสารหลักสูตรฝึกอบรม แผนการฝึกอบรมหน่วยการเรียนรู้ทั้ง 4 หน่วย กิจกรรมใบงาน ใบความรู้ กรณีศึกษาแบบทดสอบ วัดความรู้ แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและแบบวัดเจตคติของนักศึกษา พยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) สื่อการฝึกอบรมต่างๆ ได้แก่ วิดีทัศน์ แผ่น C.D. เครื่องฉายแผ่นทึบ เครื่องคอมพิวเตอร์ flip chart 3) จัดสถานที่ห้องฝึกอบรมให้สามารถใช้ในการแบ่งกลุ่มย่อย 4) พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 5) ติดต่อประสานงานวิทยากร และอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากรซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการสอนและนิเทศนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และเชี่ยวชาญด้านฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน และ 6) เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม

5.1.2 ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงอธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขอความร่วมมือให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกอบรม ทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาของวิทยาการทุกท่าน เพื่อเชิญวิทยาการและผู้ช่วยวิทยาการ ทำหน้าที่เป็นวิทยากร ตามวัน เวลา และสถานที่กำหนด และเพื่อขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ในการฝึกอบรม

5.2 การดำเนินการทดลอง

โดยผู้วิจัยจัดการฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

5.2.1 การประเมินก่อนการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

โดยทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหน่วยการเรียนรู้ทั้ง 4 หน่วย ก่อนการฝึกอบรม

5.2.2 ดำเนินการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

1) ดำเนินการจัดการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น จำนวน 4 หน่วย โดยผู้วิจัยวิทยาการและอาจารย์ผู้ช่วยวิทยาการ ให้ความรู้ทั้งการบรรยาย การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมตามใบงาน การทดลองปฏิบัติ และอาจารย์ผู้ช่วยวิทยาการอยู่ประจำกลุ่มตลอดกระบวนการฝึกอบรม

2) วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างหลังการฝึกอบรม

3) วัดทักษะจากการสังเกตการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรม

4) วัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างหลังฝึกอบรม

5.2.3 การทดลองปฏิบัติ โดยการสังเกตทักษะจากการปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 โดย

1) ภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว เพื่อสังเกตทักษะการนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย โดยอาจารย์นิเทศก์ประจำกลุ่มฝึกปฏิบัติเป็นผู้ประเมิน (ภาคผนวก ข) ตามแบบประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ภาคผนวก ก)

2) ประชุมกลุ่มสรุปรวบยอดความคิด ผลการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อทบทวนกระบวนการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติ โดยตอบแบบประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ภาคผนวก ก) และประชุมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังต่อไปนี้

6.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง โดยคะแนนเฉลี่ยหลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนฝึกอบรมโดยใช้สถิติทดสอบ t-test Dependent Samples ค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลองไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะจากการสังเกตการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ไม่ต่ำกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3 ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ไม่ต่ำกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.4 ค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ไม่ต่ำกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. การปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมหลังจากที่ได้นำหลักสูตรไปทดลองใช้ ประเมินประสิทธิผลหลักสูตรฝึกอบรม ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 3 ตลอดทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร อาจารย์นิเทศก์ และนักศึกษากลุ่มตัวอย่างมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อให้หลักสูตรฝึกอบรมมีความสมบูรณ์ ถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรมนักศึกษาต่อไปได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 1) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index-Objective Congruence: IOC)
- 2) ค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบ ใช้สูตรคำนวณของเบอร์เนน (Brennan. 1977: 277-289)
- 3) ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) ใช้สูตรของโลเวตต์ (Lovett. 1978: 239-251)
- 4) ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ใช้ t-test dependent (Ferguson. 1981: 178)
- 5) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach. 1990: 161)

2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ประกอบด้วย

- 1) สถิติการทดสอบที แบบ t-test one sample (Ferguson. 1981: 161)
- 2) การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนใช้สูตร t - test Dependent Samples (บุญชม ศรีสะอาด. 2545: 112)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การร่างหลักสูตรฝึกอบรม 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และ 4) การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษามี ดังนี้

1.1 ศึกษาการจัดเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ สังเคราะห์ แล้วนำไปสร้างแบบสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการในการฝึกอบรม

1.2 ศึกษาแนวความคิดการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การร่างหลักสูตรฝึกอบรม 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และ 4) การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ ซึ่งพัฒนาหลักสูตรจากแนวคิดของ (Tyler. 1949: 204; Taba. 1962: 12; Saylor; et al. 1981: 30-39; วิชัย วงษ์ใหญ่. 2548: 140-150) องค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 2) หลักการและเหตุผล 3) วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม 4) เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม 5) กิจกรรมของการฝึกอบรม 6) สื่อประกอบการฝึกอบรม และ 7) การประเมินผลและการติดตามผลการฝึกอบรม ซึ่งพัฒนาองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม จากแนวคิดของ (Oliva. 1992: 171-175; วิยะดา รัตนสุวรรณ. 2547: 100-101; พจניים มั่งคั่ง. 2549: 128-130; วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ. 2553: 117) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ใช้ในการฝึกอบรม รูปแบบการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมการฝึกอบรม ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2556: ออนไลน์; วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ. 2553: 68-69) และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb. 1984: 40-42; ชัยพร วิชชาวุธ. 2542: 6-7; สุภนิดา ปุสุรินทร์คำ. 2555: ออนไลน์)

1.4 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วัตสัน. Watson. 1989: 229; อุบล จ้วงพานิช. 2544: 72-77; พระไพศาล วิสาโล. 2547: 1-11; อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. 2555: ธนา นิลชัยโกวิท. 2555: ออนไลน์) 2) มาตรฐานการพยาบาล ตามแนวสมาคมพยาบาลผู้ป่วย

วิกฤติแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing: AACN. 2002: 40-41) สมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤต ประเทศสหรัฐอเมริกา (Society of Critical Care Medicine [SCCM]. 2007: online) คณะกรรมการคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองแห่งชาติ (National Consensus Project for Quality Palliative Care [NCPQPC]. 2004: online) 3) แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล (สภาการพยาบาล. 2555: ออนไลน์; สิวลี ศรีไธ. 2553: 213) 4) ประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สิวลี ศรีไธ. 2553: 208-209; กฤษฎา เฉลียวศักดิ์. 2545: 3; ราชกิจจานุเบกษา. 2556: ออนไลน์)

1.5 ศึกษาแนวคิดการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (Mellish; & Brink. 1990: 67; Atkins; & Murph. 1994; Downe-Wamboldt; & Tamlyn. 1997: 180; American Association of Nursing Education: [AANE]. 1999)

ส่วนที่ 2 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลในส่วนที่ 1 มาเป็นแนวทางการศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 พยาบาลศิษย์เก่าประจำโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1 ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายข้อ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)					
	ส่วนที่ 1 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			ส่วนที่ 2 การจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลความ หมาย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลความ หมาย
1. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	4.94	0.25	มากที่สุด	4.29	0.97	มาก
2. การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการและ/หรือตามความเหมาะสม	4.87	0.34	มากที่สุด	4.48	0.68	มาก
3. การจัดห้องพักสำหรับผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน	4.65	0.55	มากที่สุด	4.06	1.06	มาก
4. การประเมินสภาพปัญหาและให้การรักษายาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.84	0.37	มากที่สุด	4.50	0.78	มากที่สุด
5. การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย	4.94	0.25	มากที่สุด	4.55	0.89	มากที่สุด
6. การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย	4.87	0.34	มากที่สุด	4.42	0.85	มาก
7. การส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ โดยการแสดงความรักให้อภัย นำสู่ความสงบก่อนสิ้นใจ	4.97	0.18	มากที่สุด	4.61	0.84	มากที่สุด
8. การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	4.68	0.60	มากที่สุด	4.29	0.97	มาก

ตาราง 11 (ต่อ)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)					
	ส่วนที่ 1 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย			ส่วนที่ 2 การจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ความ หมาย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ความ หมาย
9. การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	4.74	0.51	มากที่สุด	4.10	1.16	มาก
10. การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	4.94	0.25	มากที่สุด	4.52	0.93	มากที่สุด
11. การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต	4.97	0.18	มากที่สุด	4.58	0.92	มากที่สุด
12. การดูแลระดับประครองอารมณ์ และความรู้สึกของคนใกล้ชิดต่อการ เจ็บป่วยระยะสุดท้าย	4.94	0.25	มากที่สุด	4.45	0.93	มาก
13. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้อยู่ด้วยกันและระบาย ความรู้สึก	5.00	0.00	มากที่สุด	4.52	0.89	มากที่สุด
14. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบ ได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งที่ตนเองรู้สึก ผูกพัน	4.90	0.30	มากที่สุด	4.39	0.95	มาก
15. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ญาติหรือคนใกล้ชิด บอกเล่าหรือขอ อโหสิกรรมแก่กัน	4.81	0.48	มากที่สุด	4.32	1.08	มาก

ตาราง 11 (ต่อ)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)					
	ส่วนที่ 1 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			ส่วนที่ 2 การจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลความหมาย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลความหมาย
16. การจัดห้องให้ญาติประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ	4.65	0.66	มากที่สุด	4.13	1.09	มาก
17. การให้คำแนะนำกับญาติผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป เช่น กล่าวคำอำลา ตั้งสติ ระวังความเศร้าโศก พร้อมทั้งขอขมาในสิ่งที่เคยล่วงเกิน	4.90	0.40	มากที่สุด	4.16	1.16	มาก
18. การให้คำแนะนำในการทำหนังสือล่วงหน้าเพื่อแสดงเจตนาการรักษา พยาบาล	4.81	0.40	มากที่สุด	4.48	0.89	มาก
19. การจัดตั้งทีมที่ปรึกษาเพื่อช่วยตัดสินใจประเด็นปัญหาจริยธรรมมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล	4.87	0.34	มากที่สุด	4.52	0.81	มากที่สุด
20. การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพขึ้น	4.87	0.43	มากที่สุด	4.52	0.93	มากที่สุด
รวม	4.86	0.19	มากที่สุด	4.39	0.79	มาก

จากตาราง 11 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เห็นด้วยกับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.86$, S.D. 0.19) ส่วนด้านการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.39$, S.D. 0.79) ประเด็นที่ควรจัดประสบการณ์และการเรียนรู้ในชั้นเรียนเพิ่มเติม 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การจัดห้องพักสำหรับผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน ($\bar{X} = 4.06$, S.D. 1.06) 2) การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\bar{X} = 4.10$, S.D. 1.10) และ 3) การจัดห้องพักให้ญาติประกอบพิธีกรรมหรือตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ ($\bar{X} = 4.13$, S.D. 1.09)

2.2 ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลศิษย์เก่าประจำโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของพยาบาลศิษย์เก่ารายด้านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายข้อ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	พยาบาล (n = 10)					
	ส่วนที่ 1 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			ส่วนที่ 2 การจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการปฏิบัติ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลความหมาย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลความหมาย
1. การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย	4.63	0.74	มากที่สุด	4.25	0.46	มาก
2. การจัดห้องพักเป็นสัดส่วน.	4.13	0.64	มาก	3.75	0.89	มาก
3. การยืดหยุ่นเรื่องเวลาแก่ครอบครัวและคนใกล้ชิด ในการเข้าเยี่ยม	4.88	0.35	มากที่สุด	4.50	0.76	มากที่สุด
4.การปรับแนวทางการดูแลรักษาให้เหมาะสมในแต่ละระยะของโรค	4.75	0.46	มากที่สุด	4.38	0.74	มาก
5.การดูแลระดับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวแลคนใกล้ชิด	4.63	0.52	มากที่สุด	4.25	0.71	มาก
6.การแจ้งให้ผู้ป่วยครอบครัวและคนใกล้ชิดทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนที่มรักษาพยาบาล	4.50	0.76	มากที่สุด	3.88	0.83	มาก

ตาราง 12 (ต่อ)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	พยาบาล (n = 10)					
	ส่วนที่ 1 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย			ส่วนที่ 2 การจัดการในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายตามการปฏิบัติ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ความ หมาย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ความ หมาย
7.การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ ผู้ป่วยต้องการและ/หรือตามความ เหมาะสม	4.75	0.46	มาก ที่สุด	4.50	0.53	มาก ที่สุด
8.การให้ข้อมูลในการแสดงเจตนาการ รักษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและคน ใกล้ชิด เพื่อการตัดสินใจการ รักษาพยาบาล	4.88	0.35	มาก ที่สุด	4.75	0.46	มาก ที่สุด
9.การสื่อสารกับทีมรักษาพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ	4.75	0.46	มาก ที่สุด	4.38	0.52	มาก
10.การเปิดโอกาสให้ทีมรักษา พยาบาล ได้ระบายความรู้สึก ปรึกษาหารือ ประเด็นต่างๆกับทีมที่ ปรึกษาที่มีประสบการณ์	4.75	0.46	มาก ที่สุด	4.50	0.53	มาก ที่สุด
รวม	4.66	0.34	มาก ที่สุด	4.31	0.45	มาก

จากตาราง 12 พบว่า พยาบาลศิษย์เก่าเห็นด้วยกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$,S.D. 0.34) ส่วนด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการปฏิบัติโดยรวมเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$,S.D. 0.45) ประเด็นที่ควรจัดประสบการณ์และการเรียนรู้เพิ่มเติม 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การจัดห้องพักสำหรับผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน ($\bar{X} = 3.75$,S.D.0.89) 2) การแจ้งให้ผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิดทราบทุกครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนการรักษาพยาบาล ($\bar{X} = 3.88$,S.D. 0.83) 3) การดูแลระดับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิด ($\bar{X} = 4.25$,S.D. 0.71) และ 4) การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.25$,S.D. 0.46)

2.3 ศึกษาความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย อธิการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้อำนวยการผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการณ และหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 5 คน ผลจากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม พบว่า

1) คุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้บริหารคาดหวัง ได้แก่ มีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทักษะการฟังและการสื่อสาร มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ มีความเมตตา สุภาพอ่อนโยน เอื้ออาทร เสียสละและคำนึงถึงศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์

2) ผู้บริหารคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ได้แก่ พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม คือ ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ดูแลทั้งผู้ป่วยเพื่อการจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และดูแลครอบครัว เพื่อลดความเศร้าโศกเสียใจผิดหวังจากการเจ็บป่วยและการสูญเสีย

3) ผู้บริหารคาดหวังว่าวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรมีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแล (goal of care) การแสดงเจตนาการตายผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะยอมรับการสูญเสียและผู้ป่วยเตรียมพร้อมยอมรับการตาย

4) ผู้บริหารคาดหวังว่าพยาบาลควรแสดงบทบาทในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ พยาบาลคอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้คำปรึกษา รับฟังความคิดเห็นอย่างเข้าใจและเห็นใจ ให้ข้อมูลประสานงานสื่อสารที่ดีต่อทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจการรักษาพยาบาล การยอมรับความจริงและคลายความทุกข์ยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึง

5) ผู้บริหารคาดหวังว่านักศึกษาพยาบาลควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ดังนี้ มีความรู้เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ปลูกฝังทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเด็นด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และตระหนักในบทบาทวิชาชีพของตน

6) แนวคิดของผู้บริหารในการส่งเสริมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กร ดังนี้ 1) ส่วนงานบริการพยาบาล คือ ทุกหน่วยงานจัดทำแผนพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง จัดทีมพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคอยช่วยเหลือสอนงานพยาบาลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว และพัฒนาบุคลากรทางการรักษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างลึกซึ้งและต่อเนื่อง 2) ส่วนงานการศึกษา คือ ส่งเสริมอาจารย์ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังนักศึกษา ส่งเสริมงานวิจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพิ่มเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการเรียนการสอน

2.4 ศึกษาความคิดเห็นในการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยศึกษาความคิดเห็นจากอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษา ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาความคิดเห็นจากอาจารย์ผู้สอนและนิเทศก์นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า

1) ระยะเวลาในการสอนในรายวิชาการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-3 ชั่วโมง มี 1 สถาบันที่ใช้เวลา 16 ชั่วโมง เนื่องจากมีการจัดเป็นรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ และมีการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) จุดประสงค์ของการเรียนเพื่อให้นักศึกษาทราบความหมายการตาย ปฏิกริยาตอบสนองอาการของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย การตกแต่งศพ และทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3) แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่นำมาใช้ในการเรียนการสอน Elizabeth Kubler-Ross , Palliative care, Holistic care, Spiritual care และปรัชญาเชิงพุทธ

4) วิธีการสอน ส่วนใหญ่บรรยาย เล่าประสบการณ์ ดูวีดิทัศน์ วิเคราะห์สถานการณ์ บทบาทสมมุติ ค้นคว้าด้วยตนเอง ส่วนการปฏิบัติจริงมีเพียง 1 สถาบัน

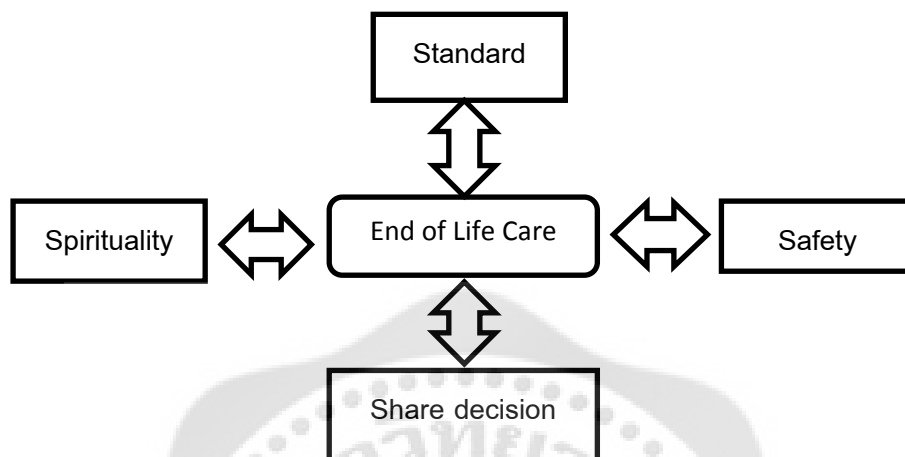
5) สื่อและแหล่งเรียนรู้จะใช้เอกสารการสอน ตำราเป็นส่วนใหญ่ และมีสื่อวีดิทัศน์ กรณีศึกษาผู้ป่วยและญาติ ศึกษาจากบทความวิจัยและ website และสิ่งพิมพ์อื่นๆ

6) วิธีการวัดและประเมินผล โดยการสอบและอภิปราย การประเมินโดยผู้สอนและการฝึกปฏิบัติ

7) ปัญหาที่ท่านพบในการจัดการเรียนการสอน คือ ระยะเวลาการสอนน้อย ผู้เรียนยังไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมการสอนยังไม่หลากหลายใช้การบรรยายเป็นหลัก ทำให้นักศึกษายังไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ไม่มีการศึกษาดูงานในสถานที่จริง เนื้อหาไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะประเด็นคุณธรรม จริยธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการเขียนพินัยกรรมชีวิต และการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาที่ยังไม่มีประสบการณ์การในการปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมาก่อน จะทำให้เกิดความเข้าใจในลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน เกิดผลทางการเรียนรู้น้อย หรือบางช่วงที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานปริมาณผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอจึงต้องหลีกเลี่ยงไปดูแลในผู้ป่วยเรื้อรังแทน ทำให้ความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ลึกซึ้งเพียงพอ ดังนั้นการเรียนรู้จึงเป็นเพียงการใช้เพื่อการสอบผ่าน

ขั้นตอนที่ 2 ผลการร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยได้ร่างหลักสูตรฝึกอบรมที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 พยาบาลศิษย์เก่า ความคาดหวังของผู้บริหารวิทยาลัยและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ตลอดจนความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลที่สอนและนิเทศก์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบของเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้นักศึกษาพยาบาลโดยครอบคลุมมาตรฐาน 4S ดังภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4S คือ 1) Standard คือ การปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีมาตรฐาน 2) Safety คือ ความปลอดภัยที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องได้รับการดูแลรักษา 3) Spirituality คือ การดูแลจิตวิญญาณเพื่อค้นหาความหวังความปรารถนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 4) Share decision คือ ได้มีการตัดสินใจร่วมกันทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้หลักสูตรสอดคล้องตามมาตรฐานดังกล่าว หลักสูตรจึงประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เน้นความสุขสบาย 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกี่ยวกับความตาย 3) การดูแลอารมณ์ ความรู้สึก ค่านิยม ทศนคติ ความหลากหลายของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับ ความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 4) การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) คุณลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ความเป็นผู้นำ ความอดทน เสียสละ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความมีระเบียบวินัย การติดต่อประสานงานที่ดี รวมถึงความมั่นคงทางอารมณ์ และ 6) คุณลักษณะที่สังคมคาดหวัง ได้แก่ ความรับผิดชอบต่องานในการพัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติที่ดี มีความสามารถในการปฏิบัติทางการพยาบาล มีความสามารถทางวิชาการและการบริหาร เพื่อปฏิบัติหน้าที่เฉพาะด้านของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการด้วยความรัก เอื้ออาทร ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ มีคุณธรรมจริยธรรมปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ประพฤติดีงาม เข้าใจธรรมชาติของชีวิตและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงความตายที่พึงปรารถนา คือ ความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้าง

ความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูล และสภาวะทางจิตวิญญาณที่สงบโปร่งเบาเพราะได้ปล่อยวางทุกสิ่ง ไม่มีอะไรเป็นภาระให้ต้องห่วงกังวล น้อมรับทุกอย่างในวาระสุดท้าย โดยไม่ปฏิเสธผลกัโส ไม่หวาดกลัวต่อความตาย นอกจากเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมดาแล้ว ยังรู้จักใช้ความตายให้เกิดประโยชน์ในทางจิตวิญญาณ การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายจึงเป็นสิ่งที่ดีและถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การตายดี (Good Death) หรือตายอย่างสงบ จากองค์ประกอบของการเสริมสร้างความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังกล่าว จึงนำข้อมูลมาร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ **แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม**

ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถเกิดได้ทุกช่วงของชีวิตนับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์จนถึงวัยชรา ความตายจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย หหมดหวังจากการหายของโรค ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีใดๆ ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตระหนักดีว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน การเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินอยู่ จะนำมาซึ่งความตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล กลัวการเจ็บปวดที่ไม่ทุเลา กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ กลัวการสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย และกลัวการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตายเพราะไม่ทราบว่สิ่งที่เกิดขึ้นหลังความตายเป็นอย่างไ่ ความวิตกกังวลเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและหมดความหวังได้ ดังนั้นเมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึงผู้ป่วยจึงต้องการชีวิตที่เหลืออยู่ปราศจากความทุกข์ทรมานต้องการให้มีการดูแลต่อเนื่อง ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และจากไปอย่างสงบ

การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตายของผู้ป่วยจึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญและมีคุณค่ามาก การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ เป็นภาระหน้าที่สำคัญอย่างมากของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดโดยตรง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของพยาบาลผ่านทางพฤติกรรมและการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมานอยู่ด้วยความสุขสบายและได้ตายอย่างสงบ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและหวาดกลัวได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และขจัดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งหลาย เป็นการช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

การสร้างพยาบาลให้สามารถจริงใจวิชาชีพไว้ได้ถือเป็นความสำเร็จขั้นสูงสุด หมายถึงความสำเร็จทั้งในส่วนของพยาบาล และในส่วนของประชาชนซึ่งเป็นผู้ใช้บริการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ทางศาสตร์ทางการพยาบาลโดยเฉพาะ มีทักษะในการให้บริการพยาบาล และมีสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกสถานการณ์ ด้วยสำนึกในความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและสังคม การเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล นับว่ามีความสำคัญต่อสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการพยาบาลสู่สังคม

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามบทบาทของวิชาชีพในอนาคต และเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่มีแนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น นั่นคือจะมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรังเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ประกอบกับความร่วมมือในด้านการบริการสุขภาพ มีการเปิดกว้างในตลาดวิชาชีพของประชาคมอาเซียน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อการพัฒนาหลักสูตรทางการพยาบาล เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสามารถในการเรียนรู้ ปรับตัวตามความต้องการของสังคมปัจจุบันและมีความพร้อมสู่การแข่งขันในระดับประชาคมอาเซียน

หลักการและเหตุผล

หลักสูตรพยาบาลปัจจุบันมีจัดการเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาการพยาบาล วิธีการสอนที่ใช้คือการบรรยายและการอภิปรายกลุ่มใหญ่ ซึ่งเน้นการสอนการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าทางจิตวิญญาณ ในส่วนการฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จัดลำดับความสำคัญของประสบการณ์นี้เป็นอันดับสองหรืออยู่ในระดับควรมี จึงมีนักศึกษาบางคนที่ได้รับประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ขึ้นกับโอกาสอำนวย อีกทั้งในการสอนแบบบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้เข้าใจกับความคิด อารมณ์ ค่านิยมต่อความตายของตนเองและขาดโอกาสที่จะทำความเข้าใจและยอมรับความคิด อารมณ์ของผู้อื่นที่แตกต่างจากตนเองได้ ด้วยระยะเวลาการสอนที่จำกัด และภายใต้กรอบที่กำหนดการเรียนการสอน ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนให้ครอบคลุมสาระการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีและองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาศัยการฝึกอบรมรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบกระบวนการ การกลุ่ม

และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลป์ (Kolb, 1984: 38) ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้เรียนเอง การสังเกตประสบการณ์ของบุคคลอื่น หรือการกำหนดสถานการณ์ขึ้น การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในการคิดทบทวนต่อประสบการณ์นั้นๆ เกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำไปสู่การปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม

1. เพื่อให้ศึกษามีความรู้ ทักษะ และมีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบองค์รวม บนพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงความต้องการตามปัจเจกบุคคล และความต่างของวัฒนธรรม
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความแตกต่างทางความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตาย
3. เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญกับความสูญเสีย และความตายของตนเอง ญาติ เพื่อนและผู้รับบริการ
4. เพื่อให้ศึกษามีความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม

โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วยหน่วยการเรียนรู้ จำนวน 4 หน่วย ดังนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การดูแลชีวิตและการตาย

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลเมื่อความตายมาถึง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลหลังการสูญเสีย

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมาย

ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมการฝึกอบรม

ในการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทุกคนมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมฝึกอบรม การสังเกต การฟัง และการสะท้อนความคิด สามารถสรุปประเด็นจากการกระทำของตนหรือของกลุ่มย่อย เพื่อให้มีการอภิปราย ระดมสมอง แสดงบทบาทสมมติการฝึกปฏิบัติตามใบงาน โดยมีการดำเนินการอบรมตามรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมนำสู่การฝึกอบรม เพื่อการสร้างความคุ้นเคยโดยใช้กระบวนการกลุ่มและกิจกรรมสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้เข้ารับการฝึกอบรมและวิทยากร เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศแห่งการเปิดเผยตัวเองให้ผู้รับการอบรมได้รู้จักกัน

2. การดำเนินการฝึกอบรม โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลป์ (Kolb) และการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในฝึกอบรมและในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่งกลุ่มนักศึกษาผู้เข้าร่วมอบรมเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน แต่ละคนจะต้องค้นหาประสบการณ์ของตนเองตามในงานที่ระบุ แล้วอภิปรายในกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และใช้แบบสังเกตทักษะในการร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากรประจำกลุ่มเป็นผู้บันทึกการสังเกต

3. การวัดและประเมินผล ใช้แบบวัดความรู้ แบบสังเกตทักษะ แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อวัดความรู้ ทักษะ เจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการหาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมและติดตามผลการนำไปประยุกต์ใช้ของนักศึกษาพยาบาลในภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สื่อประกอบการฝึกอบรม

1. เอกสารหลักสูตร
2. คู่มือการฝึกอบรม
 - 2.1 คู่มือการฝึกอบรมสำหรับอาจารย์
 - 2.2 คู่มือการฝึกอบรมสำหรับนักศึกษา เล่ม 1 (ความรู้)
 - 2.3 คู่มือการฝึกอบรมสำหรับนักศึกษา เล่ม 2 (กิจกรรมใบงาน)
3. เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่อง visualize พร้อมจอรับภาพ
4. เอกสารประกอบการฝึกอบรมและวัสดุอุปกรณ์
5. วีดิทัศน์และภาพยนตร์
6. flip chart
7. แบบวัดความรู้ก่อน-หลังฝึกอบรม แบบวัดเจตคติ แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม

การวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. กระบวนการฝึกอบรม
 - แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ติดตามผลหลังการฝึกอบรม
 - แบบประเมินผลภาคปฏิบัติและประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกภาคปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ผลการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม

ตอนที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยหาค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อ	รายการ	ผู้เชี่ยวชาญ (n=5)		ระดับความเหมาะสม
		$\bar{X}$	S.D.	
1	สภาพและความจำเป็นของการฝึกอบรม	5.00	0.00	มากที่สุด
2	หลักการของโครงการฝึกอบรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	5.00	0.00	มากที่สุด
3	จุดมุ่งหมายของกิจกรรมการฝึกอบรม	5.00	0.00	มากที่สุด
4	หน่วยการเรียนรู้เหมาะสมกับหลักการโครงการฝึกอบรม	5.00	0.00	มากที่สุด
5	การกำหนดเนื้อหาของแต่ละหัวข้อ	5.00	0.00	มากที่สุด
6	การเรียงลำดับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ	5.00	0.00	มากที่สุด
7	วิธีการจัดการฝึกอบรมให้เกิดการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ	4.80	0.45	มากที่สุด
8	สื่อการเรียนรู้กับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ	5.00	0.00	มากที่สุด
9	วิธีการประเมินผลการเรียนรู้	3.80	0.84	มาก
10	ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม	4.20	0.84	มากที่สุด
รวม		4.78	0.21	มากที่สุด

จากตาราง 13 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าโครงสร้างหลักสูตรทุกประเด็นมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สำหรับโครงสร้างหลักสูตรประเด็นวิธีการประเมินผลการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 2 ผลการประเมินความสอดคล้องของร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยหาดัชนีความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ค่าดัชนีความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อ	รายการ	ผู้เชี่ยวชาญ (n=5)	ระดับความสอดคล้อง
		ดัชนีความสอดคล้อง	
1	ชื่อหน่วยการเรียนรู้	1	สอดคล้อง
2	คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้	1	สอดคล้อง
3	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	1	สอดคล้อง
4	กิจกรรมการฝึกอบรม	1	สอดคล้อง
5	ความครอบคลุมของเนื้อหาแต่ละหน่วยฯ	0.8	สอดคล้อง
6	การจัดลำดับเนื้อหาแต่ละหน่วย	1	สอดคล้อง
7	สื่อประกอบการฝึกอบรม	1	สอดคล้อง
8	การวัดและประเมินผล	0.8	สอดคล้อง
9	ขั้นตอนดำเนินกิจกรรมของใบงาน	1	สอดคล้อง
10	ระยะเวลาที่ใช้แต่ละหน่วยการเรียนรู้	0.8	สอดคล้อง
รวม		0.94	สอดคล้อง

จากตาราง 14 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า องค์ประกอบของหลักสูตร มีความสอดคล้องกัน ส่งเสริมและเป็นส่วนเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.80 – 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะการปรับปรุงหลักสูตรก่อนนำไปทดลองใช้

การปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

1. ปรับตารางเวลาให้ยืดหยุ่นกับกิจกรรมการเรียน
2. ปรับเนื้อหาและข้อสอบให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การเรียน
3. ปรับเนื้อหาด้านจิตใจ อารมณ์และด้านจิตวิญญาณให้ชัดเจน
4. ระบุงการใช้ประเด็น การดูแลด้านจิตวิญญาณ กับการดูแลด้านศาสนา

หลังจากที่ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มาวิเคราะห์แล้ว ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงและปรับด้านภาษา ให้กระชับและเข้าใจง่าย

ขั้นตอนที่ 4 ผลการนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตร

ผู้วิจัยได้นำหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปี การศึกษา 2556 จำนวน 30 คน ได้ผลดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ดังแสดงในตาราง 15-16

1.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลองใช้หลักสูตร ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ค่าคะแนนเฉลี่ยวัดความรู้ก่อนและหลังทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

คะแนนวัดความรู้	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		t	p
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
ก่อนทดลอง	11.37	2.44	26.738	0.0001
หลังทดลอง	23.97	0.96		

จากตาราง 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังการทดลอง มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลองกับเกณฑ์ที่กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลองกับเกณฑ์ที่กำหนด

คะแนนวัดความรู้	เกณฑ์ที่กำหนด (คะแนน)	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		t	p
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
ร้อยละ 80 ของแบบทดสอบ วัดความรู้	24	23.97	0.96	0.176	0.851

จากตาราง 16 พบว่า ร้อยละของแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลองของนักศึกษาพยาบาลไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในตาราง 17-18

2.1 ค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล
ในการทดลองใช้หลักสูตร ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
เป็นรายข้อ

เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับเจตคติต่อ การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย
1. การจัดห้องพักเป็นสัดส่วนมีความจำเป็นน้อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.77	0.97	มาก
2. การจัดผู้ให้คำปรึกษาแก่ทีมผู้รักษาพยาบาลในการปฏิบัติงานเป็นการทำงานซ้ำซ้อน	3.43	1.30	มาก
3. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นเรื่องจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.73	0.52	มากที่สุด
4. การประเมินสภาพปัญหาและให้การรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นการเสียเวลาเปล่า	4.00	1.23	มาก
5. การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล	4.60	0.77	มากที่สุด
6. การกำหนดเป้าหมายของการรักษายาบาลร่วมกันระหว่างทีมรักษายาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษายาบาล	4.60	0.62	มากที่สุด
7. การประเมินความต้องการและการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้	4.70	0.65	มาก
8. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล	4.67	0.55	มากที่สุด
9. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจและเข้าใจขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย	4.27	1.01	มาก
10. การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลไม่คล่องตัว	4.03	1.19	มาก
11. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจทำให้การตัดสินใจล่าช้า ไม่ทันการณ์	3.93	1.28	มาก
12. การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการและ/หรือตามความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย	4.20	0.81	มาก

ตาราง 17 (ต่อ)

เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับเจตคติต่อ การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย
13. การใช้แบบประเมินอาการและความเจ็บ ป่วยที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วย เป็นการตรวจสอบที่ไม่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	3.67	1.24	มาก
14. การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวัฒนธรรมของการ เจ็บป่วย เพื่อให้รู้ว่าควรบอกความจริงอย่างไรและควรให้ญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพียงใด	4.50	0.68	มากที่สุด
15. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกันและ ระบายความรู้สึก ส่งผลกระทบต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย	3.40	1.59	มาก
16. ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเสริมสร้างได้	4.63	0.49	มากที่สุด
17. การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีทางรอดเป็นการเสียเวลา ควรเอาเวลา ไปดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดจะดีกว่า	4.30	1.12	มาก
18. บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงญาติผู้ป่วย ควรเห็นความ สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกวินาทีว่าเวลาที่ เหลืออยู่เป็นช่วงเวลาที่มีค่ามากที่สุด	4.67	0.76	มากที่สุด
19. ควรทำความเข้าใจ ว่าแม้จะพยายามเต็มที่ ที่จะช่วยเหลือ ผู้ป่วย แต่บางครั้งผลที่ได้ อาจไม่สวยงามดังหวัง ก็ควรทำให้ ยอมรับ เพื่อไม่ให้เกิดความอึดอัดคับข้องใจและเป็นทุกข์	4.33	0.80	มาก
20. ก่อนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ดูแลควรตรวจสอบสภาพจิตใจของตนว่าพร้อมให้บริการ หรือไม่	3.83	0.91	มาก
21. ผู้ให้บริการควรตระหนักเสมอว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ห่วงใยถ่ายทอดความรู้สึก เพื่อให้เห็นว่าเราเป็นเพื่อนมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรีเหมือนกัน	4.67	0.71	มากที่สุด
22. กระบวนการตายเป็นไปตามธรรมชาติของผู้ป่วยระยะ สุดท้าย คือไม่เร่งรัดหรือเลื่อนกระบวนการตาย	4.27	0.87	มาก
23. ทีมพยาบาลคอยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมพร้อม เผชิญกับกระบวนการตายที่กำลังเกิดขึ้น	4.53	0.68	มากที่สุด
24. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางที่ สำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล	3.97	1.30	มาก

ตาราง 17 (ต่อ)

เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับเจตคติต่อ การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย
25. การได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดีทำให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.73	0.69	มากที่สุด
รวม	4.26	0.53	มาก

จากตาราง 17 พบว่า เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมหลังการฝึกอบรมอยู่ในระดับมาก

2.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลกับเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับเกณฑ์ที่กำหนด

เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		t	p
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
เจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.26	0.53	7.830	0.0001

จากตาราง 18 พบว่า คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมากและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังแสดงในตาราง 19-20

3.1 ค่าเฉลี่ยทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล ในการทดลองใช้หลักสูตร ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับทักษะ
ทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มจากภาพยนตร์เรื่อง WIT	3.98	0.45	ดี
ทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มจากภาพยนตร์เรื่อง Taking chance	3.84	0.21	ดี
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.82	0.50	ดี

จากตาราง 19 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดี

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล ในการทดลองใช้หลักสูตรเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับเกณฑ์ที่กำหนด

รายการ	นักศึกษาพยาบาล (n = 30)		t	p
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
ทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มจากภาพยนตร์เรื่อง WIT	3.98	0.45	5.744	0.0001
ทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มจากภาพยนตร์เรื่อง Taking chance	3.84	0.21	8.482	0.0001
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.82	0.50	3.365	0.0020

จากตาราง 20 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาความคิดเห็น ของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วนำหลักสูตรไปทดลองใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง แล้วกลับมาทบทวนกระบวนการเรียนรู้ โดยประเมินผลตามแบบประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี ดังนี้

1. ท่านสังเกตเห็นสิ่งใด เกิดความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นบ้าง ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทั้งตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว)

นักศึกษาพยาบาล ได้รับรู้ถึงความรู้สึกของการสูญเสีย ความโศกเศร้า ได้ข้อคิดในการดำเนินชีวิต เข้าใจถึงงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก การปฏิบัติการพยาบาลอย่างตั้งใจ ต้องใส่ใจ ใช้หัวใจดูแล รู้ถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และทำให้ตนเองเกิดความสุขใจที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีที่ได้รับการฝึกอบรมมา และได้นำไปปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถของตน และเข้าใจถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การดูแลไปพร้อม ๆ กัน และเข้าใจ เห็นใจญาติผู้ป่วยที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เข้าใจถึงความตายที่จะต้องเผชิญทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้รู้สึกตระหนักในการทำชีวิตให้มีความดี และการใช้ชีวิตให้มีคุณค่าในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

2. ท่านมีความพึงพอใจกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่อย่างไร

นักศึกษาพยาบาล มีความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากได้ใช้ความรู้ความสามารถจากการฝึกอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มความสามารถ มีนักศึกษาพยาบาลส่วนน้อยที่ยังรู้สึกว่าตนเองปฏิบัติการพยาบาลได้ยังไม่ดีพอเนื่องจากขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ท่านได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่

นักศึกษาพยาบาล ได้ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้เป็นส่วนใหญ่ บางครั้งต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลบ้าง ตามความเหมาะสมกับเวลา และบทบาทของนักศึกษา

4. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา ท่านพบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

นักศึกษาพยาบาลพบปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติที่ยังอาจไม่ตรงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับนักศึกษาพยาบาลบางท่านยังขาดประสบการณ์และทักษะในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโศกเศร้า และกำลังจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในขณะที่ยังไม่พร้อมยอมรับการจากไปของผู้ป่วย ทำให้บางครั้งควบคุมความรู้สึกต่ออารมณ์ที่ญาติผู้ป่วยแสดงออกได้ไม่เหมาะสม และปัญหาจากตารางการฝึกปฏิบัติตามรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่ต้องหมุนเวียนผู้ป่วยทุกสัปดาห์ตามลักษณะวิชา เพื่อให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ที่หลากหลายทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ไม่ต่อเนื่อง

5. ถ้ามีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งต่อไป ท่านอยากแก้ไขสิ่งใด อย่างไร

นักศึกษาพยาบาลต้องการพัฒนาฝึกฝนตนเองเพิ่มเติมให้มีความรู้ ทักษะ และการพัฒนาจิตใจตนเองให้เข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญการสูญเสีย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มากขึ้น เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเข้าใจ เห็นใจ สามารถสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยให้ยอมรับการสูญเสียได้อย่างปกติสุข

6. เสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดของท่าน

นักศึกษาพยาบาลเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายซึ่งเน้นความสบาย การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลมีคุณค่า ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

นักศึกษาพยาบาลเสนอให้มีการจัดโครงการฝึกอบรมนี้กับนักศึกษาทุกคน และจัดทุกปี โดยเฉพาะก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และควรปลูกฝังให้กับนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นหลักสูตรที่ดี สามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ รวมถึงเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ การเข้ารับการฝึกอบรมครั้งนี้ได้รับประสบการณ์ดีๆ จากการฟังบรรยายจากฟังประสบการณ์ของเพื่อน วิทยากร จากการร่วมฟังการอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากเพื่อนๆ และอาจารย์ วิธีการเรียนการสอนและสื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ สามารถสื่อให้เข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้ดี เนื้อหาที่สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม ทำให้ได้ข้อคิดในการดำเนินชีวิต สามารถนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาล และการประกอบอาชีพพยาบาลได้ในอนาคต

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เป็นการเตรียมเพื่อกำหนดข้อมูลที่จำเป็นพื้นฐานและความต้องการ ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการฝึกอบรม ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ศึกษาความคิดเห็น ดังนี้

2.1 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่ผ่านมานักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน

2.2 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลศิษย์เก่าประจำโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 แผนกๆ ละ 2 คน จำนวน 10 คน

2.3 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของผู้บริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ได้แก่ อธิการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการณ์ และหัวหน้าแผนก จำนวน 5 คน

2.4 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการจัดการเรียนการสอน เป้าหมาย จุดประสงค์ การเรียน เนื้อหาสาระ วิธีการสอน สื่อหรือแหล่งการเรียนรู้ ระยะเวลาของการเรียนการสอน การวัด และการประเมินผล ปัญหาที่พบในการเรียนการสอนและควรมีการเรียนการสอนเน้นในเรื่องใด โดยสำรวจความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลที่สอนและนิเทศก์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ วิทยาลัยพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 คน แบ่งละ 2 คน ทั้งหมด 7 แห่ง แบ่งออกเป็น

2.4.1 อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวง สาธารณสุข 1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2.4.2 อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง คือ วิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

2.4.3 อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง คือ คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยวชิราวุธ

2.4.4 อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิทยาลัย หรือคณะพยาบาลศาสตร์ของ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน 2 แห่ง คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความคิดเห็น มาสรุปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโครง ร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ขั้นตอนที่ 2 การร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดำเนินการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการพิจารณาข้อมูล ที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสำรวจความคิดเห็นต่างๆ ในขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็น หลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมของการฝึกอบรม สื่อ ประกอบการฝึกอบรม และการประเมินผลและการติดตามผลการฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรม เป็นการตรวจสอบโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรมที่ ได้จากขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ ด้านการพยาบาล และด้าน หลักสูตรและการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แล้วดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะก่อนนำหลักสูตรไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 การนำหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปทดลองใช้

การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปทดลองใช้ เพื่อหาประสิทธิผลของหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เป็นการนำหลักสูตรฝึกอบรมในขั้นตอนที่ 3 ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร โดยวัดในด้านความรู้ เจตคติ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนภาคปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานการณ์จริง ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สรุปได้ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

1) ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า นักศึกษาเห็นด้วยกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก และนำผลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องเสริมสร้าง 3 อันดับแรก ประเด็นที่ควรจัดประสบการณ์และการเรียนรู้เพิ่มเติม ได้แก่ การจัดห้องพักสำหรับผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดห้องให้ญาติประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ

2) ความคิดเห็นของพยาบาลศิษย์เก่า พบว่า พยาบาลศิษย์เก่าเห็นด้วยกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการปฏิบัติเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก และนำผลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องเสริมสร้าง 3 อันดับแรก ประเด็นที่ควรจัดประสบการณ์และการเรียนรู้เพิ่มเติม ได้แก่ การจัดห้องพักเป็นสัดส่วน การแจ้งให้ผู้ป่วยครอบครัวและคนใกล้ชิด ทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมรักษาพยาบาล และการดูแลประคับประคองอารมณ์ และความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิด และการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

3) ความคาดหวังของผู้บริหารวิทยาลัยและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้บริหารคาดหวัง 1) คุณลักษณะของพยาบาล คือ มีองค์ความรู้ มีทักษะ มีทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) การปฏิบัติการพยาบาล คือ การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน การดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมทุกมิติ ด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ แบบองค์รวม มีความสามารถในการสื่อสาร ทั้งในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อกำหนดตั้งเป้าหมายการดูแลรักษาร่วมกัน (goal of care) และทราบความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่แท้จริง 3) แนวทางการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้บริหารเสนอการจัดทำแนวทางการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน มีการพัฒนาทักษะพิเศษทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะให้กับผู้ปฏิบัติงาน 4) พยาบาลควรแสดงบทบาทในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ เป็นผู้ให้ข้อมูล ประสานงาน สื่อสารที่ดีต่อทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและผู้ป่วย เป็นผู้ที่ย่อยช่วยเหลือนำความวิตกกังวล รับฟังความคิดเห็นอย่างเข้าใจและเห็นใจ 5) ผู้บริหารคิดเห็นว่านักศึกษาควรศึกษาเพิ่มเติมความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ประเด็นด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปลูกฝังทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการทำงานเป็นทีม และ 6) แนวคิดส่งเสริม พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กร โดยมีการกำหนดในแผนพัฒนาองค์กรที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบเพื่อการสื่อสารและการศึกษา รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กร

4) ความคิดเห็นของอาจารย์ผู้สอนและนิเทศน์นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า 1) ระยะเวลาในการสอนในรายวิชาการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-3 ชั่วโมง มี 1 สถาบันที่ใช้เวลา 16 ชั่วโมง เนื่องจากมีการจัดเป็นรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ มีการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) โดยมีจุดประสงค์ของการเรียนเพื่อให้นักศึกษาทราบความหมายการตาย ปฏิกริยาตอบสนองอาการของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย การตกแต่งศพ และทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่นำมาใช้ในการเรียนการสอน Elizabeth Kubler-Ross 1974 Palliative care Holistic care Spiritual care และปรัชญาเชิงพุทธ 4) วิธีการสอนส่วนใหญ่บรรยาย เล่าประสบการณ์ ดูวีดิทัศน์ วิเคราะห์สถานการณ์ บทบาทสมมุติ ค้นคว้าด้วยตนเอง ส่วนการปฏิบัติจริงมีเพียง 1 สถาบัน 5) สื่อและแหล่งเรียนรู้จะใช้เอกสารการสอน ตำราเป็นส่วนใหญ่ และมีสื่อวีดิทัศน์ กรณีศึกษาผู้ป่วยและญาติ ศึกษาจากบทความวิจัย website และสิ่งพิมพ์อื่นๆ 6) วิธีการวัดและประเมินผล โดยการสอบและอภิปราย การประเมินโดยผู้สอนและการฝึกปฏิบัติ และ 7) ปัญหาที่พบในการจัดการเรียนการสอน คือ ระยะเวลาการสอนน้อย ผู้เรียนยังไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมการสอนยังไม่หลากหลายใช้การบรรยายเป็นหลัก ทำให้นักศึกษายังไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ไม่มีการศึกษาดูงานในสถานที่จริง เนื้อหาไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะประเด็นคุณธรรม จริยธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการเขียนพินัยกรรมชีวิต และการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาในช่วงชั้นที่ยังไม่มีประสบการณ์

การในการปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมาก่อนจะทำให้เกิดความเข้าใจในลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน เกิดผลทางการเรียนรู้น้อย หรือบางช่วงที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานมีปริมาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เพียงพอ จึงต้องหลีกเลี่ยงไปดูแลในผู้ป่วยเรื้อรังแทน ทำให้ความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ลึกซึ้งเพียงพอ ดังนั้นการเรียนรู้ที่ผ่านมาจึงเป็นเพียงการใช้เพื่อการสอบผ่านเท่านั้น

2. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จากการประเมินโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าโครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สำหรับโครงสร้างหลักสูตร ประเด็นวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ในระดับมากและมีความสอดคล้องกัน โดยหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ศึกษามีความรู้ ทักษะ และมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม บนพื้นฐานการดูแลผู้ป่วย ด้วยความเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงความต้องการตามปัจเจกบุคคลและความแตกต่างทางวัฒนธรรม เข้าใจธรรมชาติของชีวิตและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงความตายที่พึงปรารถนา คือ ความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูล และสภาวะทางจิตวิญญาณที่สงบโปร่งเบา เพราะได้ปล่อยวางทุกสิ่งไม่มีอะไร เป็นภาระให้ต้องห่วงกังวล น้อมรับทุกอย่างในวาระสุดท้าย โดยไม่ปฏิเสธผลลัทธิ ไม่หวาดกลัวต่อ ความตาย นอกจากเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมดาแล้ว ยังรู้จักใช้ความตายให้เกิดประโยชน์ในทาง จิตวิญญาณ การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายจึงเป็นสิ่งที่ดีและถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การตายดี (Good Death) หรือ ตายอย่างสงบ และเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประกอบ วิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยเนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ คือ หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การดูแลชีวิตและการตาย หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลเมื่อความ ตายมาถึง หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลหลังการสูญเสีย หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลด้านจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นประกอบ ด้วยแนวคิด พื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม และการประเมินผล และการติดตามผลการฝึกอบรม

3. การศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า

3.1 นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละของแบบทดสอบ วัดความรู้หลังการทดลองไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนด

3.2 นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากและสูง กว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการร่วมกระบวนการกลุ่มอยู่ในระดับดีและสูงกว่าเกณฑ์ ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดีและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สามารถนำเสนอการอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่า

1) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ผ่านหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทุกกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมาก สามารถตอบสนองกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครบถ้วนทุกมิติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการรักษาโรค การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว บุคคลอื่นเป็นที่รักที่ผูกคามต่อชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ สถาพร ลีลำนันทกิจ (2539: 51-58) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การดูแลแบบประคับประคองแทนการดูแลแบบมุ่งเน้นการรักษา สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก (WHO. 2005) ที่ได้กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต รวมถึงการดูแลประคับประคองผู้สูญเสียอีกด้วย สอดคล้องกับ สเตปนิคและเพอร์รี่ (Stepnick; & Perry. 1992: 17-24) ที่ได้กล่าวถึง ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการดูแลแบบองค์รวมในฐานะมนุษย์ที่มีความต้องการหลากหลายทั้ง ด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งออกจากกันได้ สอดคล้องกับ สุนิศา สุขตระกูล (2544: 42-51) ที่ได้ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีความต้องการใน 5 ด้านตามลำดับ ได้แก่ ความต้องการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล สอดคล้องกับ ซิงเกอร์ และคนอื่นๆ (Singer; et al. 1999: 163-168) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 126 คน พบว่า คุณภาพชีวิต 5 ประการที่ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายต้องการ คือ 1) ความสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ 2) ต้องการหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เหมาะสมมีผลทำให้ยืดความตายออกไป 3) ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) สามารถควบคุมประสาทสัมผัสต่างๆ ไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล และ 5) มีสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อครอบครัวและสังคมรอบด้าน

เมื่อพิจารณาด้านการเรียนรู้ในชั้นเรียน หรือการจัดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายได้ดังนี้

1.1) นักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยกับการจัดห้องพักสำหรับผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วนอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต มีญาติและคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียนเป็นจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยพร้อมหน้ากัน ประกอบกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย อันเนื่องมาจาก ระบบสำคัญในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนต่อปัญหาที่เกิดขึ้น จึงต้องมีทีมสุขภาพที่เฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด คอยตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีหลายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยเกิดขึ้นพร้อมกัน รวมถึงความต้องการในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาให้กับผู้ป่วยด้วย ทำให้สภาพห้องพักคับแคบไม่เป็นสัดส่วนกับการบริการ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลในการจัดการห้องพัก เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการดูแลห้องพักตนเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องการให้ทีมสุขภาพช่วยเหลือดูแล ทั้งด้านความสะดวก ความสุขสบายของร่างกายรวมถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ห้องพักให้สะอาด สะดวกปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับ เคิร์ทฮอฟฟ์และแบคสตรนด์, มิทเชล (Kirchhoff; & Beckstrand. 2000: 96-104; Mitchel. 2001: 182-183) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความต้องการให้บุคคลที่เขาต้องการให้เยี่ยมได้มาเยี่ยมเยียนและมีการจัดสิ่งแวดล้อมตามที่เขาต้องการ สอดคล้องกับ คาร์เวนและวาร์ด (Carven; & Wald. 1977: 1816-1822) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ก็ยังมีความผูกพัน และต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลความต้องการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับ วิกและเพิร์ลแมน (Vig; & Pearlman. 2004: 977-981) ที่ได้ศึกษา กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77 มีความคิดเห็นว่าครอบครัวและเพื่อนเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง และความคิดเห็นของผู้ป่วยทุกคนเหมือนกัน คือ มีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวและเพื่อนในระยะสุดท้ายแห่งชีวิต สอดคล้องกับ เคิร์ทฮอฟฟ์ และแบคสตรนด์ (Kirchhoff; & Beckstrand. 2005: 395-403) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าพฤติกรรมการดูแลที่มีความถี่สูงและบ่อยสุด คือ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยตามลำพังในสถานที่จัดเตรียมไว้ให้สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบ

1.2) นักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยกับการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความไม่พร้อมของครอบครัวในการพูดคุย หรืออาจเนื่องมาจาก สมาชิกในครอบครัวยังยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนไม่ได้ หรืออาจเนื่องมาจาก ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทางการรักษา ยังไม่มีโอกาสได้พบกับทีมรักษาพยาบาลขณะนั้น หรืออาจเนื่องมาจาก บางครอบครัวหรือผู้ดูแลเลี้ยงที่จะไม่สื่อสารกับทีมสุขภาพ เนื่องจากยังไม่สามารถตกลงกันได้ในการกำหนดเป้าหมายของการรักษาที่ชัดเจน บางครอบครัวมีความวิตกกังวลเกรงว่าแพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะไม่มีใครเป็นหลักให้กับครอบครัวได้ หรืออาจเนื่องมาจาก ทีมสหวิชาชีพไม่ได้ให้ความสำคัญในการสื่อสาร ขาดทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับ จอนพะจง เพ็งจาด (2547: 82-90) ที่ได้กล่าวถึง ทศนคติเกี่ยวกับการรักษาเปลี่ยนไป เน้นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว และความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับ โพชาร์ด และคนอื่นๆ (Pochard; et al. 2005: 90-96) ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยเมื่อมีอาการเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่เฉพาะแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับ เคอร์ติน (Curtin. 1996: 56-60) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคที่ตนประสบอยู่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับ เคิร์ทซอพอฟี และเบเรคสเตรท, มิทเชล (Kirchhoff; & Beckstrand. 2000: 96-104; Mitchel. 2001: 182-183) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยยังต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาล ถ้าหากปิดบังจะไม่เป็นผลดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจแพทย์และพยาบาลได้ โดยเฉพาะเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของเขา สอดคล้องกับ เบเรคสเตรท และเคิร์ทซอพอฟี, เนลสัน และคนอื่นๆ, ทรีซ (Beckstrand; & Kirchhoff. 2006: 38-46; Nelson; et al. 2010: 1765-1772; Treece. 2007: 406-414) ที่ได้กล่าวถึง การสื่อสารข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม สมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจข้อมูลที่ทีมสุขภาพพยายามสื่อสาร ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความกลัว ความสับสน ความอ่อนล้า และความไม่พึงพอใจของสมาชิกครอบครัวต่อการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ สอดคล้องกับ เคิร์ทซอพอฟี และคนอื่นๆ (Kirchhoff; et al. 2002) ที่ได้ศึกษา ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารมีอยู่ 3 ประเด็น คือ ข้อมูลที่ได้รับจากทีมการรักษาไม่เพียงพอ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพและการที่ทีมการรักษาไม่บอกว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ทำให้ครอบครัวไม่มีโอกาสกล่าวลากับผู้ป่วย สอดคล้องกับ ซูลแมน และคนอื่นๆ (Schulman; et al. 2005: 64-70) โดยสำรวจพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยหนักฉุกเฉิน พบว่า อุปสรรคสำคัญมากที่สุด คือ การสื่อสารยอมหรือไม่ยอม นั่นคือ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมรับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง รองลงมา คือ การที่แพทย์ไม่แน่ใจลงความเห็นว่าคุณป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่าง

รวดเร็วหรือมีอาการทรมานหนักลงอย่างรวดเร็ว การที่พยาบาลพร้อมความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร การที่พยาบาลมีภาระงานอย่างอื่นมาก พยาบาลมีความรู้สึกไม่สบายใจในการพูดคุยถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พยาบาลมีความกลัวต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกครอบครัวทราบข่าวร้าย และพยาบาลอยากรักษาความหวังในการรักษาผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ตามลำดับ

1.3) นักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยกับการจัดห้องให้ญาติประกอบพิธีกรรม หรือปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนนับถืออยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ห้องพักได้ถูกสร้างและออกแบบเพื่อการรักษา จึงอาจไม่เหมาะสมหากต้องจัดเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การรักษา หรืออาจเนื่องมาจาก มีหลายกิจกรรมเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งกิจกรรมการรักษาพยาบาล และกิจกรรมการประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ทำให้สภาพห้องพักที่ใช้เพื่อการรักษาเป็นหลัก ไม่เอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อและกิจกรรมตามหลักศาสนา เช่น การจุดธูปซึ่งมีควันและไฟ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยรายอื่นๆ ด้วย หรืออาจเนื่องมาจาก ความแตกต่างและความหลากหลายของความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม ทำให้ทีมสุขภาพไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันได้อย่างสมบูรณ์ หรืออาจเนื่องมาจาก ความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านจิตวิญญาณของ ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่เพียงพอ จึงทำให้การช่วยเหลือดูแลในส่วนนี้ลดน้อยลง สอดคล้องกับ จำลอง ดิษยวณิช (2547: 54-61) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต สิ่งหนึ่งที่สำคัญในขณะนี้ คือ การแนะนำทางจิตวิญญาณ ไม่ว่าผู้ป่วยจะตายด้วยสาเหตุใดก็ตาม โดยการพูดคุยใจและการพูดเตือนสติให้ผู้กำลังจะตายให้เข้าสู่ความตายอย่างมีสติ มีการระลึกความดีงามที่เคยทำไว้ ซึ่งวิธีนี้อาจทำได้โดยพระ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท มิตรสหาย แม้แต่แพทย์ พยาบาลหรือคนที่อยู่ใกล้เคียง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ปฏิบัติทางศาสนาที่ตนนับถือ เป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วยและผู้สูญเสีย อีกทั้งเป็นที่ยึดเหนี่ยวที่ดียวหนึ่งเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง อาจช่วยให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่มีลดน้อยลง สอดคล้องกับ พันติโลและคนอื่นๆ (Punttilo; et al. 2001: 216-299) ที่ได้กล่าวถึง นอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว ควรมีการดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณด้วย เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กล่าวอำลาทำพิธีทางศาสนาและจัดการตามความเชื่อของผู้ป่วย สอดคล้องกับ คับเพิลโลเมกิ (Kuuppelomäki. 2001: 660-670) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยบางรายต้องการทำบุญต่ออายุ ทำบุญถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ สอดคล้องกับ วิกและเพิร์ลแมน (Vig; & Pearlman. 2004: 977-981) ที่ได้ศึกษา มุมมองเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้ายและโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81 ให้ความสำคัญกับเรื่องความเชื่อ ศาสนา และจิตวิญญาณ เมื่อถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 62 ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวในระดับที่มากที่สุด สอดคล้องกับ วอลและคนอื่นๆ (Wall; et al. 2007: 1084-1090) ที่ได้ศึกษา กระบวนการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว พบว่า สมาชิกครอบครัวร้อยละ 88 พึงพอใจการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมากที่สุด โดยการนำนักบวชหรือผู้นำทางศาสนาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

2) พยาบาลศิษย์เก่าเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก ทุกกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดให้มีความสำคัญ และตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมครบองค์รวมทั้งการดูแลด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และเน้นการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลักเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การการตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้พัฒนาจากสมาคมนักวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ Center to Advance Palliative Care (CAPC. 2004: 1-66), National Consensus Project For Quality Palliative Care (NCPQPC. 2009: online) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวได้รับการดูแลด้วยคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา ร่วมกัน การสื่อสารและการประสานงานอย่างต่อเนื่อง การเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ ประคองอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว การเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การดูแลด้านร่างกาย ช่วยเหลือจัดการควบคุมความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ การส่งเสริมสนับสนุนคุณค่าทางวัฒนธรรมความเชื่อและจิตวิญญาณ การประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยเหลือด้านการเงินหรือค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับ วัตสัน (Watson. 1989: 219-236) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญในการดูแลมนุษย์ โดยตั้งทฤษฎีการดูแลมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เน้นการดูแลคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์ ที่อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลในแนวลึกถึงระดับจิตวิญญาณ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตายตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเยียวยาตนเอง ให้มีดุลยภาพ (Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตนเอง แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาก็ตาม สอดคล้องกับ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2555: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ช่วยต้องตัดสินใจแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยทั้งทางกาย ทางจิตใจ และปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวกับการเจ็บป่วย และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับ อุมารณ โพธิ์สาธุสุข (2555: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการดูแลแบบประคับประคองจะต้องมีหลักการดูแล 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสื่อสาร/ทำความเข้าใจ (Communication) 2) การจัดการกับโรค (Disease Management) 3) การดูแลอาการทางกาย (Symptoms Control) และ 4) การดูแลจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual Care) สอดคล้องกับ เนลสันและคนอื่นๆ (Nelson; et al. 2010: 1765-1772) ที่ได้ศึกษา คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคาดหวังว่าจะได้รับการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการรักษาที่ได้รับ และการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ผู้รักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายและกำหนดแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ผู้รักษา

การดูแลที่มุ่งเน้นความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพในความเป็นบุคคล การได้รับความเป็นส่วนตัว และสมาชิกครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สอดคล้องกับ สรัญญา กุมพล (2555: ออนไลน์) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองในจังหวัดขอนแก่น พบว่า เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการด้านสุขภาพองค์รวมลดลง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นและมีการตายที่ดีในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยและผู้อยู่ดูแลมีความพึงพอใจในบริการและเครือข่ายมีความพึงพอใจในการทำงาน

เมื่อพิจารณาการจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการปฏิบัติจริง พบว่า พยาบาลศิษย์เก่าเห็นด้วยว่ามีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายได้ ดังนี้

2.1) พยาบาลศิษย์เก่าเห็นด้วยกับการจัดห้องพักเป็นสัดส่วนอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ มักมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยค่อนข้างมาก หรืออาจถูกจำกัดด้วยโครงสร้างของอาคารและการจัดผังห้องพักที่มีอยู่ก่อนแล้ว จึงอาจทำให้ห้องพักไม่เป็นสัดส่วนในการใช้สอยในขณะนั้น หรืออาจเนื่องมาจาก มีกิจกรรมอื่น ๆ เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เช่น กิจกรรมตามความเชื่อ หรือกิจกรรมตามศาสนาที่ต้องปฏิบัติ ข้างเตียงผู้ป่วย และเมื่อเปิดโอกาสให้ญาติได้มาอยู่ใกล้ชิดในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย จึงทำให้ห้องพักผู้ป่วยคับแคบ ไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต และในกรณีผู้ป่วยนอนห้องเตียงคู่หรือหลายเตียง ที่มีผู้ป่วยที่นอนห้องเดียวกันไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยทั่วไป จึงทำให้ห้องพักไม่สามารถปรับให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเวลาช่วงท้ายของชีวิตได้ และบางครั้งอาจจำเป็นต้องให้ญาติออกจากห้องพักผู้ป่วย เพื่อความสะดวกต่อการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่มีเพิ่มขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับ อีพซินโซซาและวาล์ช; ฟาต์ท, ฟอรัสและเบอร์กบูม (Epsinosa, Young; & Walsh. 2008: 83-93; Fridh, Forsberg; & Bergboom. 2007: 395-401) ที่ได้กล่าวถึง สิ่งแวดล้อมที่สะอาด บรรยากาศสงบ เอื้อความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับ ดุสิต สถาพร (2550: 313-326) และสุปราณี นิรุติศาสตร์ (2550: 47-51) ที่ได้กล่าวถึง การจัดห้องให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่ในมุมสงบและเอื้อความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้อาการผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับ ทริก และคนอื่นๆ (Trough; et al. 2008: 953-63) ที่ได้กล่าวถึง สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการที่จะมีโอกาสได้ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับ อนุพันธ์ุ ดันติวงศ์ และคนอื่นๆ (2550: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง ควรเปิดโอกาสให้ลูกหลานและญาติมิตร ได้เข้าเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และรู้สึกดี เป็นการเชื่อมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวให้ได้มีโอกาสอยู่ร่วมกันใกล้ชิดกัน ร่วมรับรู้ความทุกข์ที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้มาช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความวิตกกังวล และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรู้สึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไปและทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว้าวนเองถูก

ทอดทิ้ง สอดคล้องกับ วอตสัน (Watson. 1989: 219-236) ที่ได้กล่าวถึง การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นสัดส่วน สุขสบาย สะอาด ปลอดภัย ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อตนเอง ซึ่งมีความสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีเกียรติมีศักดิ์ศรี (Autonomy) ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น และให้โอกาสผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้อยู่กับครอบครัว หรือผ่อนคลายอารมณ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับ เคิร์ทซออฟฟ์ และเบรคสเตรท (Kirchhoff; & Beckstrand. 2005: 395-403) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการดูแลที่มีความถี่สูงสุดและบ่อยที่สุด คือ การจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ตามลำพัง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับ คงสุวรรณและลอกซิน (Kongsuwa; & Locsin. 2009: 116-122) ที่ได้ศึกษา กระบวนการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักได้ตายอย่างสงบ พบว่า พยาบาลได้จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบลดการใช้เสียงดัง จัดสถานที่ให้คำปรึกษา โดยเฉพาะเรื่องทีละเล็กละน้อยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าควรใช้สถานที่ส่วนตัว ห้องประชุม สถานที่ไม่มีเสียงดังรบกวนโดยไม่จำเป็น

2.2) พยาบาลศิษย์เก่าเห็นด้วยกับการแจ้งให้ผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด ทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมรักษาอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการทราบแผนการรักษา เหตุผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงการพยากรณ์โรค ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลทุกวัน และการสื่อสารอย่างมีคุณภาพนั้นควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิดเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและทีมสุขภาพ ปัญหาการสื่อสารในทีมสุขภาพนี้ อาจเนื่องมาจากการสื่อสารของทีสุขภาพยังไม่ชัดเจนเพียงพอ ทันท่วงทีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วย เนื่องจาก พยาบาลมีภารกิจที่เป็นงานประจำ ที่ต้องปฏิบัติตามตารางงาน และเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติแล้ว ทั้งทีมสุขภาพและครอบครัวยังมีความต้องการข้อมูลที่มากขึ้น ต้องการทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่กำลังดำเนินอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจึงยังทำหน้าที่ในการสื่อสารให้ข้อมูลยังไม่ครอบคลุมและไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงได้ หรืออาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมีญาติจำนวนมาก จนทีมแพทย์พยาบาลและญาติมักเป็นผู้ตัดสินใจแทน เช่น ญาติหลายคน มีความเห็นต่างกัน ญาติไม่กล้าตัดสินใจ กลัวผิด กลัวบาป หรืออาจเนื่องมาจาก ทีมแพทย์พยาบาลยึดติดกับข้อใจที่ต้องร่วมตัดสินใจ ลำบากใจเมื่อต้องบอกข่าวร้าย หรือการพยากรณ์โรคที่แย่งและทีมแพทย์พยาบาล ญาติมีความเห็นขัดแย้งกัน หรือไม่ได้สื่อสารให้กับผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจในกลุ่มญาติ หรืออาจเนื่องมาจาก ทีมสุขภาพยังขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรืออาจเนื่องมาจาก เป้าหมายของการรักษาที่ยังไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้องได้ สิ่งเหล่านี้ย่อมนำมาซึ่งความขัดแย้ง ความไม่ไว้วางใจต่อกันได้

สอดคล้องกับ ทรักและคนอื่นๆ (Trough; et al. 2008: 953-963) ที่ได้กล่าวถึง สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ต้องรับรู้แผนการดูแลผู้ป่วย ต้องการได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวด หรือทุกข์ทรมาน เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง สอดคล้องกับ เบรคสเตรทและคนอื่นๆ, พอพิจอยและคนอื่นๆ, เนลสันและคนอื่นๆ (Beckstrand; et al. 2006: 38-46; Popejoy; et al. 2009: 179-186; Nelson; et al. 2010: 1765-1772) ที่ได้กล่าวถึง แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินอาการของผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง ทันท่วงทีเหตุการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีเวลาเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ในกรณีที่มีผู้ให้ข้อมูลหลายคนการให้ข้อมูลควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันการขัดแย้งและเกิดความสับสน สอดคล้องกับ วานเดลต์และเอเจอร์ (Wandelt; & Ager. 1974) ที่ได้กล่าวถึง คุณภาพของการพยาบาลนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการปฏิบัติงานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการอีกด้วย สอดคล้องกับ คอรั้มาร์ค (Cormack. 1985: 107) ที่ได้กล่าวถึง การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลยากที่จะประสบความสำเร็จ ถ้าหากขาดทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สอดคล้องกับ อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช (2555: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่ามีการสื่อสารหลายประเด็นที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมแพทย์พยาบาลในเรื่อง การรับรู้ข้อมูลและการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เรื้อรังจนเข้าสู่อาการระยะสุดท้าย ขาดการร่วมปรึกษาหารือ ขาดการร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายๆ ของชีวิต ขาดโอกาสที่ผู้ป่วยและญาติจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้สึก ความต้องการของแต่ละฝ่ายก่อนที่ผู้ป่วยจะถึงวาระสุดท้าย สอดคล้องกับ ซิลเวียรา ดิเพียโร เจอร์รี่ตี และฟิวเนอร์ (Silveira, DiPiero, Gerrity; & Feudtner. 2000: 284) ที่ได้ศึกษา การรับรู้ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 69 ต้องการรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับ มีสุขโข จุฑารัตน์ (Mesukko, Jutarat. 2010: online) ที่ได้ศึกษา การรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อคุณภาพของการตายและความตาย อุปสรรคและการอำนวยความสะดวกในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกไอซียูประเทศไทย พบว่า พยาบาลรับรู้คุณภาพการของการตายและความตายของทารกและเด็กในแผนกไอซียูประเทศไทยในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงอุปสรรคและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของทีมสุขภาพ มีความขัดแย้งในหมู่แพทย์เกี่ยวกับทิศทางการดูแลรักษา ข้อจำกัดด้านเวลาและความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง เพื่อการจากไปอย่างเจ็บสงบและสง่างาม

2.3) พยาบาลศิษย์เก่าเห็นด้วยกับการดูแลแบบประคับประคองอารมณ์ และความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิดอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การดูแลแบบประคับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิด เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ต้อง

ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงความต้องการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก็มีมากขึ้น ประกอบกับทั้งผู้ป่วยและญาติอยู่ในภาวะอารมณ์ไม่ปกติ อันเกิดจากความตึงเครียด วิตกกังวลและสภาพร่างกายอ่อนแอ พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดมากที่สุดในที่มรสุมภาพ จึงมีโอกาสดังกล่าวจะเกิดความความขัดแย้งปะทะกันทางอารมณ์มีกันได้ง่าย หรืออาจเนื่องมาจาก มีปริมาณงานมากกว่าอัตรากำลังมืออยู่ หรือมีผู้ป่วยและญาติในรายอื่นต้องการรับบริการพยาบาลพร้อม ๆ กันด้วย หรืออาจเนื่องมาจาก พยาบาลและทีมสุขภาพขาดความรู้และทักษะในการดูแลประคับประคองอารมณ์ และความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิด ทำให้การอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองอารมณ์ และความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิดของทีมสุขภาพ จึงยังไม่พร้อมและเพียงพอกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ เป็นเหตุให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสิ่งที่กล่าวมา ควรได้รับการพัฒนาในด้านการดูแลอารมณ์ ความรู้สึก ค่านิยม ทศนคติ ความหลากหลายของความคิด ความเชื่อ ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแบร์ (Beare. 1990: 435) ที่ได้กล่าวถึง ความต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ญาติและบุคคลที่รัก สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วย คือ ความสูญเสียและความเศร้าโศก ญาติจะเจ็บปวด วิตกกังวล ท้อแท้และอาจก้าวร้าวกับพยาบาล พยาบาลจึงต้องคำจุนช่วยเหลือญาติและครอบครัว สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาเศร้าโศกของครอบครัวและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ สอดคล้องกับ อนุพันธ์์ ดันติวงศ์ และคนอื่นๆ (2550: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง ท่าทีของผู้ดูแลและญาติมิตรที่แจ่มใส มีอารมณ์ขันที่เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกแจ่มใส จิตใจที่สบายขึ้นทั้งกับตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งช่วยให้สถานการณ์ที่น่าตึงเครียดได้ผ่อนคลายลงด้วยสีหน้าท่าทางของผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวลเกินเหตุ หรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น ความรู้สึกสงบนิ่งของผู้ดูแลและญาติมิตรในขณะที่เผชิญอยู่กับผู้ป่วย สามารถให้อภัยต่ออารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของผู้ป่วยได้ ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกิดเหตุ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบภายในจิตใจตามมาด้วย สอดคล้องกับ วัตสัน (Watson. 1989: 219-236) ที่ได้กล่าวถึง พยาบาลที่พัฒนาให้ไว้ต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะไปในการรับรู้ผู้อื่นด้วย สามารถยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงใจ ให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและเข้าใจความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ ยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ให้เวลาและโอกาสผู้ป่วยอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย แม้ขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าวก็ตาม สอดคล้องกับ ดุค (Duke. 1998: 829-839) ที่ได้ศึกษา ประสบการณ์ของคู่สมรสของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเกี่ยวกับประสบการณ์ของคู่สมรสของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมุ่งที่จะให้ความสนใจดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าให้ความสำคัญกับความต้องการภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย เขารู้สึกโดดเดี่ยว

เหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องอยู่กับความทรงจำเก่าๆ อยู่ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และต้องการคนดูแลเอาใจใส่ คอยช่วยเหลืออย่างมาก โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความโศกเศร้าจากการสูญเสีย การเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ไม่สามารถคาดเดาการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนสภาวะแวดล้อมในหอผู้ป่วย ย่อมมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลต่อสภาพจิตใจ สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นย่อมไม่แน่นอนและอาจไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สอดคล้องกับ นอร์ตันและคนอื่นๆ (Norton; et al. 2003: 548-555) ที่ได้ศึกษา ครอบครัวผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความต้องการพบและพูดคุยกับทีมผู้ให้การดูแล โดยให้เหตุผลว่าได้พูดคุยกับทีมผู้ดูแลสามารถลดความวิตกกังวล ความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจ อธิบายสิ่งที่ไม่เข้าใจและต้องการให้ทีมผู้ดูแลรับฟังความรู้สึก ความคิดเห็นของครอบครัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

2.4) พยาบาลศัลยกรรมเห็นด้วยกับการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างเพียงพอ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นกระบวนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเองและเยียวยาตนเอง ให้มีคุณภาพเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่มีความกลมกลืนสมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แม้ผู้ป่วยจะหมดหวังจากการรักษาก็ตาม การที่ไม่สามารถให้การดูแลในด้านจิตวิญญาณนี้ได้เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทีมสุขภาพยังขาดความรู้ ประสบการณ์ และการตระหนักในความสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว อีกทั้งต้องอาศัยการสนับสนุนของส่วนบริหารขององค์กรในการขับเคลื่อนผลักดันในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรม จึงจะทำให้งานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับ คาร์สัน (Carson. 1989: 271-273) ได้กล่าวถึง ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ดังนี้ ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต ต้องการความรักแบบไม่มีเงื่อนไข ต้องการได้รับการอภัย ต้องการมีความหวังโดยหวังว่า เมื่อตายไปแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขในสวรรค์หรือภพหน้า ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนจะสิ้นใจ สอดคล้องกับ ทศนีย์ ทองประทีป (2552: 4) ที่ได้กล่าวถึง ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ ความรักและความสัมพันธ์ การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย การขอโทษหรือการให้อภัย การปฏิบัติตามหลักศาสนา ความหวังและสอดคล้องกับ ทศนีย์ ทองประทีป (2548: 2) ที่ได้กล่าวถึง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้อย่างกล้าหาญและมีศักดิ์ศรี มีโอกาสบอกลา หรือขอโทษหรือการให้อภัย และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังว่าจะได้ไปเกิดในสุคติภูมิ หรือไปสู่ดินแดนของพระเจ้าตามความเชื่อ สอดคล้องกับ ไฮฟิลด์ (Highfield, M. 1992: 1-8) ที่ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุต่างก็มีความต้องการด้านจิต

วิญญาณและจะปรากฏเด่นชัดขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับความตาย สอดคล้องกับ วิกและเพิร์ลแมน (Vig; & Pearlman. 2004: 977-981) ที่ได้ศึกษา กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81 ให้ความสำคัญในเรื่องความเชื่อ ศาสนา และจิตวิญญาณ และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงผู้ป่วยร้อยละ 62 ให้ความสำคัญในเรื่องความเชื่อ ศาสนา และจิตวิญญาณ ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ คับเพิลโลเมกิ (Kuuppelomäki. 2001: 660-670) ที่ได้ศึกษา การสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลร้อยละ 51 มีความพร้อมในการช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย โดยวิธีการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณที่มีมากที่สุด คือ มีส่วนร่วมในพิธีกรรมศาสนา รองลงมาคือ การช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายแห่งชีวิต ช่วยให้ได้พูดคุยกับพระ มีการชี้แนะให้รำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า และเปิดเพลงที่จรรโลงด้านจิตวิญญาณให้ฟังตามลำดับ ส่วนพยาบาลจำนวนครึ่งหนึ่งกล่าวว่าพวกเขาแทบจะไม่เคยนำเสนอการสนับสนุนทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยของตน

3) ความคาดหวังของผู้บริหารวิทยาลัยและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้บริหารคาดหวังว่าพยาบาลต้องมีความรู้ มีทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนต้องมีจิตใจเมตตา เสียสละ และคาดหวังว่านักศึกษาควรศึกษาเพิ่มเติมประเด็นความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีได้ พยาบาลต้องมีความความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสามารถให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และถูกต้องตามกฎหมาย มีการพัฒนาทักษะทางปฏิบัติการพยาบาลที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสามารถในการสื่อสารในที่มสุภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะต้องปฏิบัติงานในภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงและสิ้นหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ จึงมีความโอกาสที่เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมหรือการปฏิบัติที่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ เช่น ประเด็นขัดแย้งกรณียุติการรักษา และการช่วยให้ตายอย่างสงบ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องยึดในหลักกฎหมายและจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย ดังนั้น ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจกฎหมายเป็นอย่างดี เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ อุมารณไพศาลสุทธิเดช (2555: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ทีมบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีจำนวนน้อย ยังต้องการโอกาสพัฒนาความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับ สถาพร ลีลานันทกิจ (2548); ซิกคาร์โล (Ciccarello. 2003: 216-222) ที่ได้กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความละเอียดอ่อน จึงต้องอาศัยผู้มีความรู้ ความชำนาญ และการดูแลแบบสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย โภชนากร ผู้ให้คำปรึกษาและพระเป็นต้น สอดคล้องกับ สคิลเบค และคนอื่นๆ (Skilbeck; et al. 2002: 285-296) ที่ได้กล่าวถึง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน เป็น

เรื่องที่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกคนต้องประสบและใส่ใจในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยใช้แนวทางการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ สภาการพยาบาล (2553: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการคาดหวังและพึงพอใจที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถทางวิชาการ ความสามารถทางการบริหาร ความสามารถทางทักษะเกี่ยวกับมนุษย์ และยังต้องมีคุณธรรม จริยธรรมอีกด้วย สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 บัญญัติมาตรา 12 (ราชกิจจานุเบกษา. 2556: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง บุคคลมีสิทธิทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ บทบัญญัติดังกล่าวมุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยไม่ถือว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความผิด การปฏิบัติสิทธิของผู้ป่วยดังกล่าวเพื่อการตายอย่างมีศักดิ์ศรีด้วยการรักษาพยาบาลที่เคารพในเจตจำนง คุณค่าและศรัทธาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ เฟอร์เรลล์ และคนอื่นๆ (Ferrell; et al. 2000: 52-57) ที่ได้ศึกษา ประเด็นของจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลร้อยละ 89 ยังมีทักษะด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ที่เห็นว่ามีจริยธรรมเพียงพอ และพยาบาลร้อยละ 93 แสดงความคิดเห็นว่าตนเองยังพร่องความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้พยาบาลหลีกเลี่ยงการเข้าไปพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ คลาเมอร์ และคนอื่นๆ (Cramer; et al: 2003: 249-255) ที่ได้ศึกษา การศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลมีการศึกษาเพิ่มเติมอยู่ในระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เห็นว่าตนเองมีความรู้ในระดับเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (2548: ออนไลน์) ที่ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.26 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.4 มีทัศนคติที่ดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และร้อยละ 74.8 มีพฤติกรรมการดูแลในระดับสูง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายรวมถึงไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผลการวิจัยที่ได้จะนำมาวางแผน และเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาอบรมเพิ่มพูนความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อที่จะได้สามารถดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในอนาคตต่อไป

4) ผลการศึกษาความคิดเห็นจากอาจารย์ผู้สอนและนิเทศน์นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายและการสาธิตของผู้สอน มีการร่วมอภิปรายบ้าง ปัญหาการจัดเรียนการสอนที่ผ่านมา คือ ระยะเวลาการสอนน้อย ผู้เรียนยังไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมการสอนยังไม่หลากหลาย ใช้การบรรยายเป็นหลัก นอกจากนี้เทคนิคการสอนที่นำมาใช้ให้เหมาะสมกับเนื้อหา กิจกรรม ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ รวมทั้งสื่อที่มีความเหมาะสมหลากหลายยังมีน้อย จึงยังไม่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้นักศึกษายังไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้สูญเสียได้อย่างแท้จริง และไม่มีการศึกษาดูงานในสถานที่จริง เนื้อหายังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะประเด็นคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา จึงยังไม่เพียงพอที่จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจเนื่องมาจาก การเรียนการสอนภาคทฤษฎี จะมุ่งเน้นให้ความรู้เนื้อหาวิชาปลูกฝังพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและการทำงาน การเรียนการสอนส่วนใหญ่จึงใช้วิธีการบรรยายและการสาธิตของผู้สอน มีการร่วมอภิปรายบ้าง แต่เนื่องจากจำนวนผู้เรียน คือ นักศึกษาทั้งหมดของชั้นเรียน ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนหรือโอกาสแสดงความคิดเห็นโดยทั่วถึงกันจึงทำได้ยาก ซึ่งในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการผู้สอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออก เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนความคิดและถกเถียงกัน จนผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด จะเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกัน ผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด ผู้เรียนนำการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในการสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง นั่นคือ ต้องมีระยะเวลาการสอนที่มากพอ ที่จะทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ร่วมกัน ทั้งการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงของตนเองและการเรียนรู้ที่เกิดจากการรับฟังผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2556: ออนไลน์); สุภณิดา ปุสุรินทร์คำ (2555: ออนไลน์); คอลป์ (Kolb. 1984); จอห์นสัน; และจอห์นสัน (Johnson; & Johnson. 1991) ที่ได้กล่าวถึง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกัน ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดความรู้มากกว่าการถ่ายทอดความรู้ ดังนั้น กระบวนการสร้างความรู้จึงต้องอ้างมาจากประสบการณ์ของผู้เรียน การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ไปสู่ความรู้ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการกระทำ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีที่สุด เมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างจริงจัง สอดคล้องกับ เมอร์กาทรอยด์ และคนอื่นๆ (Murgatroyd; et al. 1993: 72) ที่ได้กล่าวถึง ผู้เรียนต้องตระหนักถึงกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจว่าอะไรทำให้เกิดการเรียนรู้นั้น ต้องคิดทบทวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเชื่อมโยงการเรียนรู้ในอดีต

กับปัจจุบันและอนาคตประสบการณ์ที่สำคัญต่อผู้เรียน คือ ได้เรียนรู้อะไรและเรียนรู้อย่างไร ทั้งนี้ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลทั้งคน คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ สอดคล้องกับ สโตน (Stone. 1998: 340-342) ได้กล่าวถึง จิตวิทยาสำหรับการเรียนรู้เป็นหลักการสำคัญ หลักการการเรียนรู้ที่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการออกแบบหลักสูตรที่สำคัญ คือ ความสนใจ ความต้องการ ความพร้อม การสนใจ ความแตกต่างระหว่างบุคคล การเสริมแรง ข้อมูลย้อนกลับ หรือการรู้ผลการเรียน การจดจำสิ่งที่เรียนการฝึกปฏิบัติและการทำซ้ำ สอดคล้องกับ ซัลลิเวน และคนอื่นๆ (Sullivan; et al. 2005: 657-668) ที่ได้กล่าวถึง ประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งความรู้ที่ได้จากการบรรยายนำมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ร่วมกันแก้ไขปัญหาในกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์หลากหลายความคิดเห็น เป็นการสร้างให้มีประสบการณ์ตรง ซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในความสามารถของตน จะทำให้พยาบาลค่อยๆสร้างความสามารถให้กับตนเองอย่างค่อยๆเป็นค่อยๆไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมด้วยก็จะเกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สอดคล้องกับ คาสช์ (Kasch. 1986: 226-230) ที่ได้กล่าวถึง นักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว และได้รับการพัฒนาคุณลักษณะด้านการสื่อสาร เพราะการสื่อสารที่ดีจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ จะทำให้เพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลได้ สอดคล้อง เฟร์เรล และคนอื่นๆ (Ferrell; et al. 1999: 869-876) ที่ได้ศึกษา การวิเคราะห์ตำราเรียนพยาบาลที่เกี่ยวกับเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า มีเพียง 2% ของเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมี 1.4% ของตำราการพยาบาลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการวิเคราะห์สรุปว่าตำราเรียนการพยาบาลมีเนื้อหาที่ไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุมหัวข้อที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นที่จะต้องเพิ่มเนื้อหาในการเตรียมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและยังมีผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาล คือ การปฏิบัติพยาบาลจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการศึกษาพยาบาล ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพัฒนาหลักสูตรของการเรียนพยาบาลและการให้การศึกษาอย่างต่อเนื่องสำหรับการฝึกพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ นีเดอร์ริเทอร์ (Niederriter. 2009: online) ที่ได้ศึกษา การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อความตาย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมักจะมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตาย และมีพยาบาลเพียงร้อยละ 41 ที่ได้รับการรับรองว่ามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการตรวจสอบ นักศึกษาพยาบาลระดับต้น จำนวน 30 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับความตาย และความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทักษะการสื่อสารและการรับมือกับความเครียดทางอารมณ์ และยังพบว่า การศึกษาสามารถช่วยเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้ได้ โดยใช้การวิจัยที่มีการวางแผนวิธีการที่ดี ในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับความตาย ความต้องการของการผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2. จากการศึกษประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า หลักสูตรมีประสิทธิผล สามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับนักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับการฝึกอบรมได้ ทั้งนี้เนื่องจาก การฝึกอบรมสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยวัดจากการ ประเมินผลการฝึกอบรมซึ่งถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการฝึกอบรมที่มีความสำคัญเป็น อย่างยิ่ง เนื่องจากการประเมินผลเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบ เพื่อประเมินความสำเร็จ ของการฝึกอบรมว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ตอบสนองความจำเป็นและความ ต้องการของการฝึกอบรมได้มากน้อยเพียงใด ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ เกิดทักษะ หรือเจต คติตามที่ต้องการหรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมนี้จึง พบว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดเอาไว้ สอดคล้องกับ บลูม (Bloom. 1976: 72) ที่ได้กล่าวถึง บุคคลเมื่อเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ความ เข้าใจและความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดลอมต่างๆได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึทางด้านจิตใจ ความเชื่อ และความสนใจ 3) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิด การเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึทศนคติ ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้วได้ นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น สอดคล้องกับ โกลด์สทีน (Goldstein. 1993: 57)ที่ได้กล่าวถึง นิยามการฝึกอบรม ไว้ว่าการฝึกอบรม คือ กระบวนการจัดการ เรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างหรือเพิ่มพูนความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และเจตคติ (attitude) ของบุคลากรอันจะช่วยปรับปรุงให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ สูงขึ้น สอดคล้องกับ สุภาพร พิตาลบุตร และยงยุทธ เกษสาคร (2545: 107) ที่ได้กล่าวถึง หลักสูตร ฝึกอบรม เป็นการประมวลความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดให้ผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้เกิด ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เจตคติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และสอดคล้องกับ วิยะดา รัตนสุวรรณ (2547: 69) ที่ได้กล่าวถึง หลักสูตรฝึกอบรมเป็นการประมวล ความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดให้ผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและสอดคล้องกับ เฟร์เรลล์ และคนอื่นๆ (Ferrell; et al. 2000: 52-57) ที่ได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของ พยาบาล พบว่า พยาบาลร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่า พยาบาลร้อยละ 28 ที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะ ทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ คูพเพิลโลมาร์ค (Kuuppelomäki. 2001: 660-670) ที่ได้ศึกษา การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่ผ่าน

การอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มหลักสูตร จะให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 1-2 ชั่วโมง และยังพบว่าพยาบาลร้อยละ 54 มีความเห็นว่า ทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลจากการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

2.1 นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีร้อยละของแบบทดสอบวัดความรู้หลังการทดลองไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ส่วนประกอบของหลักสูตรได้รับการออกแบบและผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการวิธีการพัฒนาหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ เนื้อหาสาระในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ตรงกับวัตถุประสงค์มีความทันสมัย องค์ความรู้ที่ลึกซึ้งเข้าใจง่าย ครอบคลุมประเด็นต่างๆอย่างครบถ้วน การนำเสนอเนื้อหาเป็นไปตามลำดับการเรียนรู้ โดยเริ่มจากความรู้ที่เน้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาพื้นฐาน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้เนื้อหาที่ซับซ้อนขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เอื้ออำนวยต่อการสร้างความรู้มากกว่าถ่ายทอดความรู้ โดยนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลป์ (Kolb's model) ซึ่งใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้เรียนเอง การสังเกต ประสบการณ์ของบุคคลอื่นหรือการกำหนดสถานการณ์ขึ้น การเรียนรู้เน้นการลงมือปฏิบัติของผู้เข้ารับการศึกษาอย่างจริงจัง มีการคิดทบทวนประสบการณ์ของตน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการฟัง การสื่อสารทุกรูปแบบ การมีส่วนร่วมเชิงรุกมากกว่าเชิงรับและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทั้งนี้อาศัยการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ การอภิปราย การระดมสมอง เป็นต้น มาใช้ในการคิดทบทวนต่อประสบการณ์นั้นๆ และด้วยกิจกรรมและวิธีการฝึกอบรมที่มีความหลากหลาย ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม เกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ได้จริงในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับ เมอร์กัทรอยด์และคนอื่นๆ (Murgatroyd; et al. 1993: 72) ที่ได้กล่าวถึง ผู้เรียนต้องตระหนักถึงกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นและทำความเข้าใจว่าอะไรทำให้เกิดการเรียนรู้นั้น ต้องคิดทบทวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเชื่อมโยงการเรียนรู้ในอดีตกับปัจจุบันและอนาคต ประสบการณ์ที่สำคัญต่อผู้เรียน คือ ได้เรียนรู้อะไรและเรียนรู้อย่างไร ทั้งนี้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลทุกคน คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิดความรู้สึกและการกระทำ สอดคล้องกับ คอลป์ (Kolb, 1984: 38) ที่ได้กล่าวถึง การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ไปสู่ความรู้ และการฝึกอบรมนอกจากทำให้เกิดการเรียนรู้แล้วยังก่อให้เกิดพฤติกรรมและทักษะได้ด้วย สอดคล้องกับ วูลเฟ (Woolfe, 1992: 115) ที่ได้กล่าวถึง การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยใช้ประสบการณ์ของตนเองเป็นฐานในการเข้าใจตนเอง (Self-understanding) และสำรวจความต้องการแหล่งข้อมูล วัตถุประสงค์ของตนเอง ผู้เรียนเป็นผู้รับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนพยายามดูดซับความรู้ภายนอกเข้าสู่กรอบความคิดภายในตนเอง ผู้สอน

จะเป็นเพียงแหล่งข้อมูลและผู้จัดดำเนินการ สอดคล้องกับจอห์นสัน;และจอห์นสัน (Johnson; & Johnson. 1991: 40) ที่ได้กล่าวถึง การเข้ากลุ่มฝึกอบรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ได้มีการลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง ได้คิดไตร่ตรอง และได้ใช้ทักษะการทำงานร่วมกันภายในกลุ่ม สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น สอดคล้องกับเบอร์นาร์ด (Burnard. 1995: 15-19) ที่ได้กล่าวถึง การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการกระทำ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีที่สุดเมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังเป็นการเรียนรู้โดยเท่าเทียมกับผู้สอนและมีสิ่งเร้าหลากหลายมากกว่าการบรรยายของผู้สอนอย่างเดียว ผู้สอนมีบทบาทเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกมากกว่าเป็นครูผู้บรรยายหรือผู้นำ สอดคล้องกับ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต (2543: 13) ที่ได้กล่าวถึง การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว สอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรีเกษตริน (2543: 117-118) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความเป็นผู้นำสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้ว ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่อบรมสูงขึ้น สอดคล้องกับ วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ (2553: 124-125) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การจัดหลักสูตรฝึกอบรมโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ และกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าคุณภาพของหลักสูตรส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม พบว่า เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้วผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงขึ้น

2.2. นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วย การนำเสนอที่ชัดเจนของวิทยากร ด้วยสื่อต่างๆ ตลอดจนกิจกรรมที่หลากหลาย ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกมิติ เกิดการตอบสนองต่อสิ่งที่ได้รับรู้ เห็นคุณค่า ประโยชน์และตระหนักในความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เกิดการจัดระบบคุณค่าและเปลี่ยนแปลงค่านิยม ทศนคติ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถส่งเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ตลอดจนการอยู่ร่วมกันในสังคม ประกอบกับการนำกระบวนการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการฝึกอบรมและในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่กล่าวว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีความสมดุลระหว่างมิติด้านความรู้และมิติเจตคติ (Burnard. 1995: 45-52) ซึ่งสอดคล้องกับสุชา จันทน์เอม (2536: 245) ที่ได้กล่าวถึง เจตคติสามารถที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ด้วยวิธีการ 1) ชักชวน (Persuasion) โดยอาศัยบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีบุคคลเป็นจำนวนมากสามารถปรับปรุงเจตคติหรือเปลี่ยนแปลงเจตคติจากการได้รับข้อมูลใหม่ได้ 2) การเปลี่ยนกลุ่ม (Group Change) ทั้งนี้กลุ่มมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างหรือเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคลมาก การเปลี่ยนกลุ่มหรือได้พบปะกับบุคคลที่หลากหลายตลอดจนการใช้กระบวนการกลุ่มสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงเจตคติได้เช่นกัน และ 3) การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda) เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจหรือรับรู้โดยวิธีการที่แปลกใหม่ การใช้สื่อและกิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลายสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงเจตคติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ซึ่งสอดคล้องกับ อติญาน์ ศรเกษตริน (2543: 117-118) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความเป็นผู้นำสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีเจตคติต่อเรื่องที่ต้องการพัฒนาสูงขึ้น สอดคล้องกับ วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล (2544: 108) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการบวนการพยาบาล พบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมด้วยกระบวนการที่มุ่งเสริมสร้างเจตคติมีผลการประเมินด้านเจตคติดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ส่วนการอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมุติ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนในประเด็นที่ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาหรือเสริมสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเจตคติให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.3 นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการร่วมกระบวนการกลุ่มอยู่ในระดับดีและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้เข้ารับการอบรมได้เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอย่างครบถ้วน และมีการร่วมมือทำกิจกรรมต่างๆที่หลากหลาย ที่น่าสนใจ โดยความอยุ่เต็มใจ เนื้อหาสาระของหน่วยการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีความสุขและสนุกและเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกรักนึกคิดของตัวเองได้อย่างง่าย วิธีการอบรมซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอล์ป (Kolb. 1984: 38) ที่เน้นการลงมือปฏิบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม การมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการอบรมและในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดทักษะเกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป สอดคล้องกับ พอเพ็ญ ไกรนรา (2545: 154) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า การจัดหลักสูตรฝึกอบรมโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถเสริมสร้างทักษะ พฤติกรรม การปฏิบัติตนในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการให้นักศึกษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับ วุฒิสักดิ์ พิศสุวรรณ (2553: 124-125) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การจัด

หลักสูตรฝึกอบรมโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยกลุ่มทดลองมีทักษะเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าคุณภาพของหลักสูตรส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทักษะของผู้เข้ารับการอบรม และเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้วผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม

2.4 นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดีและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ทักษะ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถนำไปประยุกต์ใช้การปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนรู้ในห้องเรียนควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติ และได้รับประสบการณ์เรียนรู้ที่แปลกใหม่ และสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันและในการประกอบวิชาชีพ เป็นกิจกรรมนอกหลักสูตรที่มีความแตกต่างจากการเรียนรู้ในห้องเรียน บรรยายภาคในการฝึกอบรมที่เป็นมิตร มีอิสระทางความคิด เหมาะสมกับวัยของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้อง กาญจนา สันติพัฒนาชัย และคนอื่นๆ (2549: ออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวังและพึงพอใจ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ 1) ความสามารถด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ ความรู้ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาล และศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีความสามารถในการคิด ใช้วิจารณ์ญาณและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ 2) ความสามารถด้านจริยธรรม ได้แก่ มีสมรรถนะให้คำปรึกษาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีความปรารถนาและพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น มีคุณธรรม จริยธรรมในด้านส่วนตัวและหน้าที่การงาน ตระหนักและคำนึงถึงคุณค่าของวิชาชีพและสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ และ3) ความสามารถด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ มีทักษะความสามารถความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพชุมชน สอดคล้องกับ เครือวัลย์ ลีมอภิชิต (2544: 4) ที่ได้กล่าวถึง การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมเรียนรู้เฉพาะอย่างของบุคคล เพื่อปรับปรุงและเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ หรือความชำนาญ และเจตคติที่ดีเหมาะสมจนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติเพื่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ ยกกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น และทำให้นุคลากรมีความเจริญก้าวหน้าในงาน สอดคล้องกับ จงกลณี ชูติมาเทวินทร์ (2544: 1) ที่ได้กล่าวถึง การฝึกอบรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นการเพิ่มความสามารถในการทำงานของคน ทั้งในเรื่องความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยการทดลองปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภายหลังฝึกอบรมแล้ว ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อพิจารณาทบทวนเกี่ยวกับคุณภาพของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ว่ามีคุณภาพดีหรือไม่ ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีส่วนใดที่ต้องปรับปรุงให้หลักสูตรฝึกอบรมสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ เฟอร์เรล และคนอื่นๆ (Ferrell; et al. 1998: 11-19) ที่ได้ศึกษาการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองให้กับพยาบาลในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พบว่า ระดับความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.97 เป็น 7.42 และจากการประเมินตนเองของหน่วยงาน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.59 เป็นร้อยละ 7.94 สอดคล้องกับ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์ คำและคนอื่นๆ (2551: ออนไลน์) ที่ได้ศึกษา ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยศึกษาจากพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของ คะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือนสูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วย เพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับนักศึกษาพยาบาล นับว่ามีส่วนสำคัญของ สถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสู่สังคม จึงต้องมุ่งมั่นและตั้งใจจริงในการ พัฒนาหลักสูตร เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ไปสู่ปลายทางของ การตายดี (Good Death) หรือตายอย่างสงบได้ในที่สุด จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเลือกกลุ่มผู้เรียนที่เคยมีประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาก่อน จึงจะทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจถึงภาวะการเจ็บป่วย การสูญเสีย และสามารถเชื่อมโยงความคิดสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกนักศึกษาพยาบาลช่วงชั้น ปีที่ 3 เข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งในช่วงชั้นนี้ยังมีความสอดคล้องกับแผนการจัดการเรียนการสอนใน หลักสูตรปกติเป็นการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติและ ผู้สูงอายุอีกด้วย และผู้สอนยังมีส่วนสำคัญในการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงควรใช้ผู้สอนที่ได้รับการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นอย่างดี มีประสบการณ์หลากหลายและมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการช่วยแบ่งปันการ เรียนรู้ สร้างแรงบันดาลใจ ความประทับใจ และเจตคติที่ดีให้กับผู้เรียน ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้เรียนและการจัดผู้สอนที่เหมาะสมจะ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น

1.2 จากการศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลป์และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.37 เป็น 23.79 และไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 รวมถึงคะแนนเฉลี่ยเจตคติและทักษะสูงกว่าเกณฑ์ 3.50 ที่กำหนดไว้ ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ที่บูรณาการเชื่อมโยงเรื่องราวและแนวคิดของสิ่งที่เรียนรู้ในห้องเรียนกับความเป็นจริงของชีวิต มีสื่อที่หลากหลาย น่าสนใจและทันสมัย เหมาะสมกับวัยผู้เรียน มีระยะเวลาเพียงพอที่จะให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสะท้อนคิด การลงมือกระทำกิจกรรม และควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเอื้อต่อการเรียนรู้ มีความเป็นกันเองระหว่างผู้เรียนและผู้สอน และผู้เรียนกับผู้เรียน ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน สามารถสะท้อนความรู้สึกรักนึกคิดของตนเองอย่างอิสระ และเน้นกิจกรรมการปฏิบัติมากกว่าบรรยายเนื้อหา จึงส่งผลดีต่อการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

1.3 จากการศึกษาประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม ที่พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ เจตคติ และทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงถึงหลักสูตรจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ ดังนั้น ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางพยาบาล ควรเห็นความสำคัญในการปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัย และให้การสนับสนุนการศึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความสมบูรณ์ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยติดตามผลเพื่อให้ทราบระยะเวลาในการคงอยู่ของความสามารถรวมถึงเจตคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์แล้ว

2.2 ควรมีวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับรายวิชาอื่นๆในวิชาชีพการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อผู้เรียนจะได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและสามารถใช้ระยะเวลาในหลักสูตรปกติได้

2.3 ควรศึกษาเพิ่มเติมแนวทางการจัดหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสภาการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการจัดหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน

2.4 ควรศึกษาการจัดการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา ผู้บริหารของสถาบันอื่นร่วมด้วย



บรรณานุกรม

- กาญจนา คุณารักษ์. (2540). *หลักสูตรและการพัฒนา*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กาญจนา สันติพัฒนาชัย; และคนอื่นๆ. (2549). *คุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง และพึงพอใจ*. สืบค้นเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://www.srisangworn.go.th/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=264&POSTNUKESID=ed036cbdd9b689f270136377a51a41d8>
- กฤษฎา เฉลียวศักดิ์. (2544). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- กิตติ พชรวิชัย. (2544). *เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนรู้และเทคนิคการฝึกอบรมหน่วยที่ 10 การฝึกอบรมการศึกษานอกระบบ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ถ่ายเอกสาร.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2537). *การฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เกศริน มนูญผล. (2549). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมครู เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพ ด้านการจัดทำหนังสือเสริมประสบการณ์ที่สอดคล้องกับท้องถิ่น*. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- โกวิทย์ พวงงาม. (2534, 30 ม.ค.). *หลักและกระบวนการดำเนินการฝึกอบรม สำหรับเจ้าหน้าที่ฝึกอบรม ฉบับกระเป๋*. ใน *วารสารพัฒนาชุมชน*. หน้า 57-65.
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ; อัจฉริยา ปทุมวัน; สมทรง จุไรทัศน์; และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2011). *ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล, ในรามาธิบดีพยาบาลสาร, มกราคม-เมษายน*. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2556, จาก <http://www.tcithaijo.org/index.php/RNJ/article/viewFile/9148/8056>
- ขวัญตา บาลทิพย์; และคนอื่นๆ. (2543). *ความต้องการผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย*. ใน *วารสารสภาการพยาบาล*. 16(1): 39-55.
- คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (2551). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง(palliative care)*. เอกสารเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2556, จาก http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2553/nuad1053sc_bib.pdf

- คณะกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล. (2540). พรบ. วิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ: เดอะเบสท์กราฟฟิค แอนด์ปริ้นท์.
- คู่มือการอบรม. (2556). สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2556, จาก netra.lpru.ac.th/.../...
- เครือข่าย ลีเมอริซ. (2544). การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการวิจัยในชั้นเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. ชลบุรี: งามช่าง.
- งานการพยาบาลรังสีรักษา. (2557). งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. โรงพยาบาลราชวิถี สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2557, จาก <http://rajahosp.com/km/palliative-care/2013/07/09/>
- จงกลนี ชุตินาเทวินทร์. (2544). การฝึกอบรมเชิงพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- จิตร สิทธิอมร. (2556, 25 สิงหาคม). สัมภาษณ์โดย กุลพิชฌาย์ เวชรัตน์พิมล ที่โรงพยาบาล เซนต์หลุยส์.
- จอนณะจ เพ็งจาด. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง. ใน วิทยาศาสตร์พยาบาล วิทยาลัยสหประชาชาติไทย. 29(1): 82-90.
- จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. (2548). วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้าย ที่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรี. (การพยาบาล). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2530). การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2547). ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. บรรณาธิการโดย ลักษมี ชาญเวช. หน้า 54-61. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2538). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน. ใน วิทยาศาสตร์พยาบาล วิทยาลัยสหประชาชาติไทย. 20(1): 210-218.
- ชัชนาฏ ณ นคร; ชมพูนุท พงษ์ศิริ; ศิริจิตร จันทร; นิตยา สมบัติแก้ว; ปราณี อัครรัตน์; และเดือนทิพย์ เขษมโอภาส. (2538). บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน วิทยาศาสตร์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย. 20(3): 331-339.
- ชัยพร วิชชาวุธ. (2542). กลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาบุคคล : การเรียนรู้เชิงประสบการณ์. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ข้อเพชร เป้าเงิน. (2545). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ด้านการตระหนักรู้ตนเองของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรี. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ชูชัย สมบัติไกร. (2548). *การฝึกอบรมบุคลากรในองค์กร*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2548). *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ชมรมชีวันดารักษ์.
- ฐิระ ประवालพฤษ. (2538). *การพัฒนาบุคคลและการฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ: หน่วยงานศึกษานิเทศก์ สำนักงานสภาราชภัฏ.
- ณัฐวรรณ นวมะรัตน์. (2553). *โครงการการฝึกอบรมที่ดี*. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2556, จาก <http://gotoknow.org/blog/cmkgeng>
- ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์. (2556). สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://wanidawongsopa.wordpress.com>
- ทวีป อภิสัท. (2536). *เทคนิคการเป็นวิทยากรและนักฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ: ดันอ้อ
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). *กิจกรรมการพยาบาลด้วยจิตวิญญาณ*. ใน *วารสารสภาการพยาบาล*. 15(3): 55-56.
- (2548). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ*. ใน *วารสารเกื้อการุณย์*. 12(1): 31-39.
- (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ทิตนา แหมมณี. (2545). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิตนา แหมมณี; และคนอื่นๆ. (2544). *กระบวนการเรียนรู้: ความหมายแนวทางการพัฒนาและปัญหาข้อใจ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.ramamentai.com/medicalstudent/generalpsyc/laststagecare-2/>
- ธนิดา หิรัญเทพ. (2555). *การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.ramamentai.com/medicalstudent/generalpsyc/laststagecare/>
- ธมนพัทธ์ สิมการ. (2553). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี*. ดุษฎีนิพนธ์ ปร.ด. (การพัฒนารัพยากรมนุษย์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- ธัสมน นามวงษ์. (2540). *ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ธเนศ ขำเกิด. (2556). *การประเมินผลการฝึกอบรม*. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2556, จาก <http://www.inspect6.moe.go.th/adisai/Krikpatrick.htm>

- ธำรง บัวศรี. (2532). *ทฤษฎีหลักสูตรการออกแบบและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: เอราวิชันการพิมพ์.
- (2542). *ทฤษฎีหลักสูตรการออกแบบและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา
- นงลักษณ์ สิ้นสืบผล. (2542). *การพัฒนาบุคคลและการฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏ
ธนบุรี.
- นิรมล ศตวุฒิ. (2551). *การพัฒนาหลักสูตร*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
- นุจรินทร์ ลภันทกุล. (2543). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์
(พย.ม.). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- ดุษิต สถาพร. (2550). Overview of End-of-Life Care in the ICU. ในประเสริฐ เลิศสงวนชัย,
อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และจันทาย สิทธิพันธ์(บรรณาธิการ), *การดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 313-326). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- บรรจง จันทรสา. (2527). *ปรัชญาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2537). *สถิติวิจัย II*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เบส กราฟฟิค เพรส.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2547). *ความตายและภาวะใกล้ตาย: แนวคิดและการพยาบาล*. ขอนแก่น:
คลังนานาวิทยา.
- ปฏอล นันทวงศ์; และไพโรจน์ ดำงวิเศษ. (2543). *หลักสูตรและการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน*.
สงขลา: สถาบันราชภัฏสงขลา.
- ประกาศกฎกระทรวง* พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12. (2553, 22 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*.
เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก หน้า 18-21 (มีผลใช้บังคับ 20 พฤษภาคม 2554) สืบค้นเมื่อ 14
มกราคม 2556, จาก http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/022_livingwill.pdf
- ประสิทธิ์ ประมงอุดมรัตน์. (2554, กรกฎาคม-ธันวาคม). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมด้วยวิธี
ผสมผสานในการจัดฝึกอบรมนักเรียนอาชีวศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการฝึก
ประสบการณ์วิชาชีพ*. ใน *วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม*. กรุงเทพฯ: พระจอม
เกล้าพระนครเหนือ. หน้า 41.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2545). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต:
การดูแลรักษาสุขภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต*. *คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์*,
205(18): 15-20.
- ปราณี ทองคำ. (2539). *เครื่องมือวัดทางการศึกษา*. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปราโมทย์ ทองสุข. (2546). *การพัฒนารายวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต สำหรับ
นักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ปราโมทย์ ทองสุข; และทัศนีย์ นะแส. (2546). การจัดการเรียนการสอนกรณีศึกษาในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 23(1): 1-16.
- ปิยะวรรณ โภคผลากรณ์. (2548). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พงศ์ หรดาล. (2539). การวางแผนการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏพระนคร.
- พจน์ มั่งคั่ง. (2549). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนสำหรับผู้บริหารสถานศึกษา โรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พัฒนา สุขประเสริฐ. (2541). กลยุทธ์ในการฝึกอบรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). บทบาทของบุคลากรที่มสุขภาพในการจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2547. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชิต ฤทธิ์จัญญ. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เฮาส์ ออฟ เคอร์มิสท์.
- พิภพ วังเงิน. (2547). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- พิสนุ ฟองศรี. (2551). การประเมินทางการศึกษา: แนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). การเรียนรู้โดยใช้ปัญหา (Problem Based Learning). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรรณวดี สนธิทรัพย์. (2542). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. (2540, 23 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2556, จาก http://www.tnc.or.th/files/2010/06/act_of_parliament-211/_16892.pdf
- พระเทพกวี. (2541). ธรรมะเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหามกุฏราชวิทยาลัย.

- พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา." ในวารสาร เกื้อการุณย์. 11(2): 1-11.
- (2555). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ เฝื่อนความตายอย่างสงบ. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2556, จาก <http://www.budnet.org/peacefuldeath/node/27>
- พอเพ็ญ ไกรนรา. (2545). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (การอุดมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ภาวศุทธิ์ เอีย ภัทรางกูณ. (2553). การประเมินหลักสูตร. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2555, จาก <http://www.learners.in.th/blogs/posts/412161>
- ยงยุทธ เกษสาคร. (2544). เทคนิคการฝึกอบรมและการประชุม. กรุงเทพฯ: เอสแอนด์จีกราฟฟิค.
- ยุภาศรี ไพรวรรณ. (2553). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการสอนกิจกรรมแนะแนว. วิทยานิพนธ์ ค.อ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร). นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. ถ่ายเอกสาร.
- ยุวดี ภาขา. (2536). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการจัดการเรียนการสอนแบบที่ใช้ปัญหาเป็นหลักสำหรับอาจารย์พยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รศพร ประทุมวัน. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.อ.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2548). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. (2541). วิชาชีพการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้ม. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รุจิรี ภูสาระ. (2551). การพัฒนาหลักสูตร: ตามแนวปฏิรูปการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2554). การดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย. ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. กรุงเทพฯ: ตุลาคม. หน้า 62-74.
- ละเอียด แจ่มจันทร์; และสุรี ชันรักขวงศ์. (2549). สารทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- ลักษมี ชาญเวชช์. (2547). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ล้วน สายยศ; และอังคณา สายยศ. (2543). เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

- วัฒน์ย์ โรจน์สัมฤทธิ์. (2547). การศึกษาผู้ใหญ่กับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. (เอกสารประกอบการบรรยาย) วิชา กฎ. 812 ภาคการศึกษา 2/2553. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2556, จาก <https://waiwoot.files.wordpress.com/.../...>
- วันดี โภคะกุล. (2543). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารุณี อัครโกสิน. (2554). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิจิตร อาวะกุล. (2540). การฝึกอบรม : คู่มือฝึกอบรมและพัฒนาบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล. (2544). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในกระบวนการพยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย วงษ์ใหญ่. (2525). การพัฒนาหลักสูตรและการสอนมิติใหม่. กรุงเทพฯ: ธเนศวรการพิมพ์.
- (2537). กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน: ภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- (2543). การพัฒนาหลักสูตรระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.
- วิเชียร วิทยอดม. (2547). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: ซีรฟิล์มและไซเท็กซ์.
- วิทยาลัยเซนหลุยส์. (2554). ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2555, จาก http://campus.sanook.com/education/thailand/read_04065.php
- (2555). หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. (ฉบับปรับปรุง). คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนหลุยส์
- (2555). คู่มือนักศึกษาวิทยาลัยเซนหลุยส์. (ปีการศึกษา 2555). วิทยาลัยเซนหลุยส์
- วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2547). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการคิดไตร่ตรองของอาจารย์พยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วุฒิพงษ์ ทองก้อน. (2554). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะการประกันคุณภาพ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (หลักสูตรและการสอน). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- วุฒิศักดิ์ พิศสุวรรณ. (2553). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับนักศึกษาพยาบาล ตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (การอุดมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ศักดิ์ศรี ปาณะกุล; นิรมล ศตวุฒิ; และรวีวรรณ ศรีครามครัน. (2551). *หลักสูตรและการจัดการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เสวตาภรณ์ ตั้งวันเจริญ. (2553). *รูปแบบการประเมินหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2556, จาก http://www.sobkroo.com/detail_room_main3.php?nid=2872
- สงัด อุทรานันท์. (2537). *พื้นฐานและหลักการพัฒนาหลักสูตร*. กรุงเทพฯ: มิตรสยาม.
- สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน. (2532). *กระบวนการฝึกอบรม*. (เอกสารประกอบการบรรยาย). การฝึกอบรมความรู้พื้นฐานด้านการฝึกอบรม. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.tu.ac.th/org/ofrector/person/train/handbook/process.html>
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2539). Palliative care. *วารสารโรคมะเร็ง*. 22(1-2): 51-58.
- . (2548). *ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา*. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สภาการพยาบาล. (2553). *คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=wbj&month=15-12-2007&group=17&gblog=20>
- . (2555). *จรรยาบรรณวิชาชีพ*. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2556, จาก <http://www.tnc.or.th/law/page-4.html>
- สมคิด บางโม. (2551). *เทคนิคการฝึกอบรมและการประชุม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สมชาติ กิจยรรยง. (2545). *สายสัมพันธ์สร้างสรรค์ที่ทีมงาน*. กรุงเทพฯ: มัลติอินเตอร์ฟอรั่มชั้นเทคโนโลยี.
- . (2551). *การพัฒนาทีมงาน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มัลติอินเตอร์ฟอรั่มชั้นเทคโนโลยี.
- สมชาติ กิจยรรยง; และอรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง. (2539). *เทคนิคการจัดฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- สมศรี สุขเมธ. (2556, 25 สิงหาคม). สัมภาษณ์โดย กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล ที่วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2542). *พฤติกรรมองค์กร: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สรัญญา กุมพล. (2555). การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองในจังหวัดขอนแก่น. ใน *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* ปีที่ 31 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2555. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2556, จาก <http://journal.msu.ac.th/wp-content/uploads/2013/04/>.

- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- (2552). *การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ตายดี*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2539, 14 มกราคม-มีนาคม). ภาวะเหนือตนเอง : แนวคิดด้านจิตวิญญาณ. ใน *วารสารพยาบาลศาสตร์*. หน้า 4-8.
- สิวลี ศิริไล. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง ความเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ในสังคมปัจจุบัน*. สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.op.mahidol.ac.th/orpr/Newhrsite/Document/GuideBook>.
- (2553). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทน์เอม. (2536). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2538). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิลักษณ์ สุนทร. (2548). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานสิทธิประโยชน์*. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บรรณาธิการโดย ลักษมี ชาญเวชช์*. (หน้า 47-51). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุนิสา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปราณี นิรุติศาสตร์. (2550). *Holistic Assessment and Communication: Physical Aspect, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (หน้า 47-51). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุนีย์ ภูพันธ์. (2546). *แนวคิดพื้นฐานการสร้างและการพัฒนาหลักสูตร*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- สุนี พนาสกุลการ; ทศนีย์ ทองประทีป; วารุณี แจ่มกระจาย. (2550). *ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.kcn.ac.th/vijai/research50/vijai/pdf/8test/NursingStudents.pdf>
- สุพจน์ แสงเงิน. (2550). *การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความเป็นผู้นำสำหรับสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท (การศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น). ฉะเชิงเทรา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนรินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาณิดา ปุสุรินทร์คำ. (2555). *หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2556, จาก http://opalnida.blogspot.com/2008/06/blog-post_13.html

- สุภาพร ดาวดี. (2551, ก.ค.-ธ.ค.). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2(2). สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2556, จาก <http://www.nurse.nu.ac.th/web11/journal/document/2.pdf>
- สุภาพร พิศาลบุตร; และยงยุทธ เกษสาคร. (2545). การพัฒนาบุคลากรและการฝึกอบรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).
- สมิทร คุณานุกร. (2543). หลักสูตรและการสอน. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริยา เหมตะศิลาปะ. (2553). เอกสารฝึกอบรมมาตรฐานวิชาชีพครู มาตรฐานที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร. สงขลา: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- สุวิทย์ บุญช่วย; และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง เจตคติของครู ผู้ปกครองและนักเรียนต่อโครงการขยายโอกาสทางการศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2547). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. บรรณาธิการโดย ลักษณะิ ชาญเวช, หน้า 47-51. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555). แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/2086> และ http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/annex_gooddeath_17_Dec_final.pdf
- (2556). หลักสูตรสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคู่มือการใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กรุงเทพฯ: จุฑาทอง. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2557, จาก phn.bangkok.go.th/index.php?option=com_docman&task.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). สัมมะโนประชากร. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: วงศ์กมล โปรดักชั่น.
- (2556). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2556, จาก <http://www.scimath.org/index.php/socialnetwork/groups/viewbulletin/1370>
- หน่วยทะเบียนและประมวลผลการศึกษา. (2551). ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

- องอาจ พงษ์พิสุทธิบุปผา. (2541). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม ผู้นำทาง
เกษตรสำหรับนักเรียนโครงการอาชีวศึกษาเพื่อการพัฒนาชนบท(อศ.กช.). ปรินูณานิพนธ์
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริน. (2543). การสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความเป็นผู้นำสำหรับ
นักศึกษาพยาบาล. ปรินูณานิพนธ์ กศ.ด. (การอุดมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรัญญา เชาวลิต. (2547). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย.
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรินต์ติ้งเฮาส์.
- อรรณณ รัตนสุวรรณ. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Care). สืบค้นเมื่อ 3
ธันวาคม 2555, จาก <http://haamor.com/th/>.
- อนุพันธ์์ ตันติวงศ์; และคณะ. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ:
เอช.ที.พี. เพรส. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2556, จาก
<http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=rb515&group=217>
- อาชญญา รัตนอุบล. (2540). กระบวนการฝึกอบรมสำหรับการศึกษานอกระบบโรงเรียน.
กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- อานุภาพ เลขะกุล. (2556). ทักษะในการแจ้งข่าวร้าย ในวารสาร *The Oncologist* 2000; 5: 302-311
สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2557, จาก http://meded.psu.ac.th/web/meu/BadNews_Amuparp.pdf
- อารียา ด้านผาทอง. (2552, มกราคม-เมษายน). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้อ
อาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. ใน วารสารกองการพยาบาล.
36(1).
- อุบล จ้วงพานิช. (2544). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารการศึกษา
พยาบาลม. 12(3): 72-77
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2548). การพยาบาลแบบประคับประคอง. ใน เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการ ประจำปี 2548. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- (2555). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse's Role in End of Life
Care). ใน เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง วิทยาการก้าวหน้าในการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Best Practice for Cancer Care). วันที่ 20-21 กุมภาพันธ์
2555 ณ ห้องประชุม 7R ชั้น 7 ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. สืบค้นเมื่อ 3
ธันวาคม 2556, จาก <http://www.bangkokhospital.com/...care2012/Nurses-Role-in-End-of-Life-Care.doc>.
- เฮรอน, บ็อบ. (2528, เม.ย.-มิ.ย.). การฝึกอบรม (Training). ใน วารสารการบริหารคน. 6: 10-15.
- Adriaansen, M. J. M.; Van Achterberg, T.; & Borm, G. (2005). Effect of a Postqualification
Course in Palliative Care. *Journal of Advanced Nursing*. 49(1): 96-103.

- American Association of Nursing Education: AANE.* (1999). USA: AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. Columbia.
- American Association of Critical Care Nursing : AACN.* (2002). USA: AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. Columbia.
- Armstrong, D. G. (2003). *Curriculum Today*. Upper Saddle River. NJ: Merrill Prentice-Hall.
- Atkins, L.D.; & Murphy, E. (1994). *Clinical Guild to Care Planning Data Diagnosis*. New York: Mcgraw-Hill.
- Backer, B. A.; Honnon, N. H.; & Russell, N. A. (1994). *Death and Dying: Understanding and Care*. (2nd ed.). New York: Delmar.
- Bash, A. (2004). Spirituality: The Emperor's New Clothes? *Journal of Clinical Nursing*, 13(1): 11-16.
- Beare, P.C. (1990). *Principles and Practice of Adult Health Nursing*. Philadelphia: C.V. Mosby Company.
- Beck, C. T. (1997, November). Nursing Students' Experiences Caring for Dying Patients. *Journal of Nursing Education*. 36: 408-415.
- Beckstrand, R. L.; & Kirchhoff, K. T. (2005). Providing End of Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles and Supportive Behaviors. *American Journal of Critical Care*. 14(5): 395-403.
- (2006). Improving End-of-Life Care Providing a "Good Death" Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. *American Journal of Critical Care*. 15(1): 38-46
- Berry, P.H.; Kuebler, K.K.; & Heidrich, D.E. (2002). *End of Life Care Clinical Practice Guidelines*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Beverly, D. W. (1977). *Introduction to Patient Care*. (3 rd ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bishop, G. (1985). *Curriculum Development*. London: Macmillan.
- Bloom, B. S. (1976). *Human Characteristic and School Learning*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Brennan, R.L.; & Kane, M.T. (1977). An Index of Dependability for Mastery Tests. *Journal of Educational Measurement*. 14: 277-289.
- Burnard, P. (1995). *Learning Human Skills: An Experiential and Reflective Guide for Nurses*. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Byars, L. L.; & Rue, L. W. (1994). *Human Resource Management*. (4 th ed). Boston: Richard, D. Irwin.
- Carson, V. B. (1989). *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Carven, J.; & Wald, F. S. (1977). Hospice Care for Dying Patient . *American Journal of Nursing*. 75: 1816-1822.
- Center to Advance Palliative Care. (2004). Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care with pc Policies, Procedures and Assessment Tools: Reflects a Review of the 2005 Current Updates for the Comprehensive Accreditation Manuals for Hospitals. *Center to Advance Palliative care*: pp.1-66.
- Ciccarello, G. P. (2003). Strategies to Improve End of Life in Intensive Care Unit. *Dimention of Critrical Care Nursing*. 22(5): 216-222.
- Chen, Su-Chang. (1995). *A Case Study of Training Curriculum for Enterprise's Freshman*. (Online). Available : <http://www.eecs.kumamoto-u.ac.jp/ITHETO> [18/08/2006]
- Coolican, Margaret B.; others. (1994). Education About Death, Dying, and Bereavement in Nursing Programs. *Nurse Educator*. 19(6): 35-40.
- Copp, L. A. (1994). Deans Identifying Factors which Inhibit and Facilitate. *Nursing Research*. 9(15): 13-17.
- Cormark, D. (1985). The Myth Reality of Interpersonal Skills in Nursing, in *Interpersonal Skills in Nursing: Research and Application*. Edited by Kagan, C. p. 107. London: Croom Helm.
- Cramer, L. D.; McCorkle, R.; Cherlin, E.; Johnson-Hurzeler, R.; & Bradley, E. H. (2003). Nurses' Attitudes and Practice Related to Hospice Care. *Journal of Nursing Scholarship*. 35(3): 249-255.
- Cronbach, Lee J. (1990). *Essentials of Psychological Testing*. (5th ed.). New York: Harper and Row Pubrishers.
- Curtin, L. L. (1996). First You Suffer, Then You Die. *Nursing Management*. 27(5): 56-60.
- DeCenzo, D. A.; & Robbin, S. P. (1999). *Human Resource Management*. (6 th ed). New York: John Wiley and Sons.
- Degner, L. F.; & Gow, C. M. (1998, June). *Preparing Nurse for Care of the Dying : A Longitudinal Study.* Cancer Nursing. 11: 160-169.

- Dennison, B.; & Kirk, R. (1990). *Do, Review, Learn, Apply : A Simple Guide to Experiential Learning*. Oxford: Blackwell Education.
- Dewey, John. (1959). *Experience and Education*: New York: Macmillan Publishing Company.
- Donatelle, R.J.; & Davis L.G. (1996). *Health the: Basics*. 2nd ed. London: Allyn and Bacon.
- Doris, T. Gow. (1976). *Design and Development of Curricular Materials*. University Center for International Studies. University of Pittsburgh.
- Downe- Wamboldt, B.; & Tamlyn, D. (1997). *An Internation Survey of Death Education Trends in Faculties of Nursing and Medicine*. *Death Studies*. 21: 177-188
- Duke, S. (1998). An Exploration of Anticipatory Grief: The Lived Experience of People during their Spouses' Terminal illness and in Bereavement. *Journal of advanced nursing*. 28(4): 829-839.
- Edward, Allen L. (1981). *Statistical Analysis in Psychological Testing*. New York: Harper & Rinehart.
- Edward, A. Suchrman. (1967). *Evaluative Research*. New York: Russell Sage Foundation.
- Epsinosa, Young, & Walsh. (2008). Barriers to Intensive Care Unit Nurses Providing Terminal Care: An Integrated Literature Review. *Critical Care Nursing Quartery*, 31(1): 83-93.
- Farrell, M.; Gowing L.; & Marsden J.; et al. (2005). Effectiveness of Drug Dependence Treatment in HIV Prevention International. *Journal of Drug Policy Volume*: 16: pp. S67-S75.
- Ferguson, George Andrew. (1981). *Statistical Analysis in Psycho and Education*. 5th ed. New York: McGrew-Hill.
- Ferrell, B. R.; Grant, M.; & Virani, R. (1998). Improve End-of-Life Care Education in Home Care. *Journal of Palliative Medicine*. 1(1): April 19, 2005: pp.11-19. Retrieved September 30, 2014, from <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.1998.1.11>
- Ferrell, B. R., Grant, M., & Virani, R. (1999). Strengthening Nursing Education to Improve End- of-Life Care. *Nursing Outlock*. 47(6): 252-256.
- (1999). Analysis of End-of-Life Content in Nursing Textbooks. *Oncology Nursing Forum*, City of Hope National Medical Center, Duarte, CA, USA 26(5): 869-876. Retrieved September 30, 2014, from <http://europepmc.org/abstract/med/10382185>
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in Dying. *Nursing Management*. 31(9): 52-57.

- Frederick, A. F.; & Scott I. (2001). Specialized Care of the Terminally ill. In Vincent T, De vita Jr, Samuel Hellman, Steven A. Rosemberg. ed. *Cancer: Principle and Practice of Oncology*. (6th ed). Philadelphia: USA.
- Fridh, I., Forsberg,A.; & Bergboom,I. (2007). Family Presence and Environmental Factors at the Time of a Patient's Death in an ICU. *Acta Anaessthesiologica Scandinavica*, 51: 395-401.
- Fulton, G. B.; & Metress, E.K. (1995). *Perspective on Death and Dying*. Boston: Jones and Bartlett Learning, LLC.
- Goldstein, I. L. (1993). *Training in Organizations : Needs Assessment Development and Evaluation*. (3 rd ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Good, C.V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill Book.
- Hemming, L.; & Maher, D. (2005). Cancer Pain in Palliative Care: Why is Management so Difficult?" *British Journal of Community Nursing*, 10(8): 362-367.
- Highfield, M. F. (1992, February)). Spiritual Health of Oncology Patients : Nurse and Patient Perspectives. *Care Nursing*. 15: 1-8.
- Hood, G. H.; & Dincher, J. R. (1992). *Total Patients Care : Foundations and Practice of Adult Health Nursing*. (8th ed.). St Louis: Mosby Year Book.
- Hooker, La Kisha C. (2007). *The Influence of Religion and Spirituality on Older Adults' Attitudes toward End-of-Life Decisions*. California State University, Long Beach, ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- Hugh Coolican. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*: Fourth Edition. Thomson Wadsworth. CA, USA. pp. 302-310.
- Jean, S. K.; Cordt, T. K.; & David, E. N. (2001). Symtom Burden at the End of Life: Hospice Providers' Perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6): 473-480.
- Johnson, D.W.; & Johnson, R.T. (1991) *Learning. Together and Alone* Needham Heghts Massachusetts Allyn Bacon.
- Johnson, Mae M.; Davis, Mary Lou C.; & Lawbaugh, Anne M. (1980). *Problem Solving In Nursing Practice*. 3d ed. Dubuque, Iowa: W.C. Brown Co.
- Johnson, S. J.; D. C. Henne.; & W. J. Bourgeois. (2003). *Biological Control of the Citrus Leafminer with Ageniaspis Citricola*. Louisiana.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2001). JCAHO Pain Management Standards. Retrieved September 10, 2003, from

<http://www.jcrinc.com/ subscriber/ perspectives .asp?durki=3243&site =10&return=2897>

- Karen, S Thacker. (2008). *Nurses' Advocacy Behaviors in End-of-Life Nursing Care*. USA : Alvernia College
- Kasch, C.R. (1986, July/August). "Toward a Theory of Nursing Action: Skill and Competency In Nursing-Patient Interaction," *Nursing Research*. 35(4): 226-230.
- Kastenbaum, R. J. (1986). *Death. Society and Human Experience*. (Third edition). Columbus, OH: Charles E, Mermil Publishing Company, NY, USA.
- Kemp, C. (1995). *Terminal illness: a Guide to Nursing Care*. Pennsylvania: Lippincott.
- Kingsbery, J. B. (1975). *Personnel Administration for Thai Student*. Bangkok: Thammasat University.
- Kinzbrunner, B. (2002). *End-of-Life-Care : A Practical Guide*. (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kirchhoff, K. T.; & Beckstrand, R. L. (2000). Critical Care Nurses' Perceptions of Obstacles and Helpful Behaviors in Providing End of Life Care to Dying Patients. *American Journal of Critical Care*. 9(2): 96-104.
- (2005). Providing End of Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived and Supportive Behaviors; *American Journal of Critical Care*. 14(5): 395-403.
- Kirchhoff, K. T.; Walker, L., Hutton, A., Spuhler, V., Cole, B.V., & Clemmer, T. (2002). The vortex: Families' Experiences with Death in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 11(3): 2000-2009.
- Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating Training Programs: the Four Levels*. San Francisco: Berrett-Kochler.
- Klein, S.B. (1991). *Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Smolak, L. (1993). *Adult Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kolb D.A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kolb D.A.; & Fry. (1975). Towards Applied Theory of Experimental Learning. in *Theory of Group Process*. London: John Wiley and Sons.
- Kongsuwan, W.; & Locsin, R. C. (2009). Promotion Peaceful Death in the Intensive Care Unit in Thailand. *International Nursing Review*. 56: 116-122.
- Kuuppelomäki, M. (2001). Spiritual Support for Terminally ill Patients : Nursing Staff Assessments. *Journal of Clinical Nursing*. 10(4): 660-670.

- Kuber-Ross. (1997). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Larson, P. J. (1986, March). Cancer Nurses, Perception of Caring. *Cancer Nursing*. 9: 86-91.
- Likert, R.A. (1932, May). Technique for the Measurement of Attitudes. *Arch Psychological*. 25(140): 1-55.
- Lovett, H. T. (1978). The Effect of Violating the Assumption of Equal Item Means in Estimating the Livingston Coefficient", *Educational and Psychological Measurement*. 38(1978): 239-251.
- Maglio, Christopher J. & Robinson, Sharon E. (1994, August). "The Effects Death Anxiety: A Meta-Analysis," *Omega*. 29(4): 319-335.
- McGehee, W.; & Thayer, P. W. (1961). *Training in Business and Industry*. New York: Wiley.
- Mednick, S.A. (1970, March). The Associative Basic of the Creative Process. *Psychological Review*. 13(5): 32-43.
- Mellish, J.M.; & Brink, H. (1990). *Teaching the Practice of Nursing*. Durban : Butterworth.
- Mesukko, Jutarat. (2010). *Critical Care Nurses' Perceptions of Quality of Dying and Death, Barriers, and Facilitators to Providing Pediatric End-of-Life Care in Thailand*. Ohiolink Dissertations and Theses,195. Retrieved 10 september 2014 from https://etd.ohiolink.edu/ap/6?210591088113559:P0_SEARCH:NO
- Mills, M.; Davies, HTO.; & Macrae, WA. (1994). *Care of Dying Patients in Hospital*. New York: Macmillan.
- Mitchel, M. L. (2001). Evaluating our End of Life Practice. *Critical Care*. 5(4): 182-183.
- Morrison, R. S. (2005). The Growth of Palliative Care Programs in United States Hospitals. *Journal of Palliative Medicine*. 8(6): 1127-1134.
- Murgatroyd, S.; & Morgan, C. (1993). *Total Quality Management and the School*. Buckingham: Open University Press Byrne, B. M.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2004). *Clinical Practice Guidelines For Quality Palliative Care*. Retrieved from <http://www.nationalconsensusproject.org>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2009). *Clinical Practice Guidelines For Quality Palliative Care*. Retrieved from <http://www.nationalconsensusproject.org>
- Nadler, L. (1982). *Designing Training Programs: The Critical Events Model*. Massachusetts: Addison Wesley.

- Nelson, J. E.; Bassett, R.; Boss, R. D.; Brasel, K. J.; Canphell, M. L., Cortez, T. B.; et al. (2010). Models for Structuring a Clinical Intensive to Enhance Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Critical Care Medicine*. 38(9): 1765-1772
- Neimeyer, R. A. (1988). *Death Anxiety*. In H. Wass F. Berardo R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (2nd ed., pp. 97-136). New York: Hemisphere.
- Niederriter, E. (2009). *Student Nurses' Perception of Death and Dying*. Ohiolink Dissertations and Theses, 195. Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/ap/6?210591088113559:P0_SEARCH:NO
- Norton, S.A.; Tilden,V.P.; Tolle, S.W.; Nelson, C.A.; & Eggman, S.T. (2003). Life Support with Drawal: Communication and Conflict. *American Journal of Critical Care*. 12(6): 548-555.
- Oliva, P. F. (1992). *Developing the Curriculum*. (3 rd ed.). New York: Harper Collins.
- (2001). *Developing the Curriculum*. (5 th ed.). New York: Longman.
- Pochard, F.; Darmon, M.; Fassier, T.; Ballaert, P.E.; Cheval, C.; Coloingner, M., et al. (2005). Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit before Discharge or Death: a Prospective Multicenter Study. *Journal of Critical Care*. 20: 90-96.
- Pont, Tong. (1995). *Investing in Training and Development*. London: Kogan Page.
- Popejoy, L. L.; Brandt.L. C.; Beck, M.; & Antal, L. (2009). Intensive Care Unit Nurse Perceptions of Caring for the Dying every Voice Matters. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 11(3): 179-186.
- Puntillo, K. A.; Benner, P.; Drought, T.; Drew, B.; Stotts, N.; Stannard, D.; et al. (2001). End of Life issues In Critical Care Unit: A National Random Survey of Nurses' Knowledge and Beliefs. *American Journal of Critical Care*. 10(4): 216-229.
- Quill, T. (2001). Hospice and Palliative Care: Clinical, Ethical, and Policy Challenges. In *Caring for Patients at the End of Life*. (pp. 148-164). New York: Oxford University Press.
- Quint, C. J. (1967). *The Nurse and the Dying Patient*. New York: The Macmillan Company.
- Robert E. Stake. (1978, Feb.). The Case Study Method in Social Inquiry.” *Educational Researcher*. 7(2): 5-8.
- Robinson, D. G. and Robinson, J.C.(1989). *Training for Impact: How to Link Training to Business Needs and Measure the Results*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Sayler, J. G.; Alexander, W. M.; & Lewis, A. J. (1981). *Curriculum Planning for Better Teaching and Learning*. New York: Rinehart & Winston.
- Schulman-Green, D., Macorkle, R., Cherlin, E., Hurzeler, J., & Bradley, E.H. (2005). Nurse Communication of Prognosis and Implication for Hospice Referral; A Study of Nurse Caring for Terminally ill Hospitalized Patients, *American Journal of Critical Care*. 14(1): 64-70.
- Scriven, M. (1967). The Methodology of Evaluation. In R.W. Tyler, R. M.; Gagné, & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of Curriculum Evaluation*. pp. 39-83.
- Seidel, Henry M. (1990). *Physical Examination and Health Assessment*. New York: McGraw-Hill.
- Silveira, A.; DiPiero,ms. Gerrity; & Feudtner, C. (2000). Patients' Knowledge of Options at the End of Life. Ignorance in the Face of Death, *JAMA*. 284.
- Singer, M. G. (1990). *Human Resource Management*. New York: PWS-KENT.
- Singer, P. A.; Martin D.K.; & Kelner M. (1999). *Quality End of Life Care: Patients Perspective*, *JAMA*. 28(2): 163-168.
- Skilbeck, J.; Corner J.; Bath P.; Beech N.; Clark D.; Halliday D.; Hughes P.; Haviland J.; Normand C.; Marples R.; & Webb T. (2002). Characterising the Macmillan Nurse Caseload. *Palliative Medicine*. 16: 285–296.
- Skilbeck, J.; & Payne, S. (2005). End-of-Life Care. A Discursive Analysis of Specialist Palliative Care Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 51(4): 325-334.
- Society of Critical Care Medicine. (2001). *Recommendations for End-of-life Care in the Intensive Care Unit : the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine*. Retrieve October 11, 2005, from : <http://www.scccm.org>
- Society of Critical Care Medicine. (2007). *Clinical Practice Guidelines for Support of the Family in the Patient-Centered Intensive Care Unit: American College of Critical Care Medicine Task Force*. Retrieve July 28, 2005, from <http://www.scccm.org>
- Stepnick A.; & Perry, T. (1992, January). *Preventing Spiritual Distress in the Dying Client*. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Service*. 30: 17-24.
- Stewin, L. H. (1990, January). The Effect of Death Education and Experience on Nursing Students' Attitude towards Death. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 29-34.
- Stone, R. J. (1998). *Human Resource Management*. (3 rd ed). Singapore: Jacaranda Wiley.
- Strauss, L. (1995). *Philosophy and Law*. London: The university of Chicago press.

- Sullivan, Patricia. D.; et al. (1994). Management Development Preparing Nurse Manager for the Future. *Journal of Nursing Education*. 24, 6: 32-38.
- Sullivan, A.M.; Lakoma, M.D.; Billings, J.A.; Peter, A.S.; & Block, S.D. (2005). Teaching and Learning End-of-Life Care: Evaluation of a Faculty Development Program in Palliative Care. *Academic Medicine*. 80(7): 657-668.
- Taba, H. (1962). *Curriculum Development: Theory and Practice*. New York: Harcourt, Brace & World. pp. 422-425.
- Thacker Karen S. (2008). *Nurses' Advocacy Behaviors in End-of-Life Nursing Care*. USA: Alvernia College.
- Thurstone, L. L. 1967. Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Treece, P. D. (2007). Communication in the Intensive Care Unit about the End of Life. *Advanced Critical Care*. 18(4): 406-414.
- Troug, R. D.; Cambell, M. L.; Curtis, J. R.; Hass C. E.; Luce, J. M.; Rubenfeld, G. D., et al. (2008). Recommendation for End of Life Care in the Intensive Care Unit: a Consensus Statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*. 36(3): 953-963.
- Tyler, R. W. (1949). *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Vig, E.K.; & Pearlman, R. A. (2004). Good and Bad Dying from the Perspective of Terminally ill Men. *Achieves of Internal Medicine*, 164(9): 977-981.
- Wall, R.J.; Engelberg, R. A.; Gries, C.J.; Glavan, B.; & Curtis, J. R. (2007). Spiritual care of Fammillies in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medical*, 35(4): 1084-1090.
- Wandelt, M.A.; & Ager,J.W. (1974). *Quality Patients Care Scale*. New York: Appleton-Century Crsfts.
- Wass, Hannelore.; Neimeyer, Robert A.; & Berardo, Felix M. (1998). *An Overview of the Facts*. in *Dying: Facing the Facts* 2nd ed. Edited by Wass, Hannelore.; Neimeyer, Robert A.; & Berardo, Felix M. pp. 395-405. Washington: Hemisphere.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Associated University.
- (1989). *Watson's Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing In Conceptual Models for Nursing Practice*. pp 219-236. Edited by J.P. Riehl-Sisca. Norwark, CT: Appleton & Lange.

- Weissman, D. (2000). *Fast Fact and Concept #03: Syndrome of Imminent Death*. Milwaukee, WI: End-of-Life Physician Education Resource Center.
- Weinreb, N.J., Kinzbrunner, B., & Clark, M. (2002). Pain Management. In B.M. Kinzbrunner, N.J.; Weinreb.; & J.S. Policzer (Eds.), *Twenty Common Problems in End-of-Life Care*. (pp.91-145). New York: McGraw-Hill.
- Wilson Joes B. (1995). *Applying Successful Training Techniques*. London: Kogan Pages.
- White, K. R.; Coyne, P. J.; & Patel, U. B. (2001). Are Nurses Adequately Prepared for End of Life Care? *Journal of Nursing Scholarship*. 33(2): 147-151.
- Woolfe, R. (1992). Experiential Learning in Workshops. in Hobbs T. (Ed), *Experiential Training: Practical Guidelines*. London: Tavistock/Routledge.
- World Health Organization. (2002). *Palliative Care*. Geneva, Switzerland: WHO.
- (2005). *Definition of Palliative Care*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Wyatt, P. (1993). The Role of Nurse in Counseling the Terminally ill Patient. *British Journal of Nursing*. 2(14): 701-704.



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลศิษย์เก่าของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบสอบถามความคาดหวังของผู้บริหารต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบสอบถามความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลต่อหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบวัดเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบประเมินภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

[illegible]

ข้อคำถาม	ส่วนที่1 ความสำคัญของการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย					ส่วนที่2 การจัดการเรียนรู้ในชั้น เรียนและประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
ทั้งขอมาในสิ่งที่เคยล่วงเกิน										
18. การให้คำแนะนำในการทำหนังสือ ล่วงหน้าเพื่อแสดงเจตนาการรักษา พยาบาล										
19. การจัดตั้งทีมที่ปรึกษาเพื่อช่วย ตัดสินใจประเด็นปัญหาจริยธรรมมี ความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล										
20. การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายเพิ่มเติมช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพขึ้น										

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อคำถาม	ส่วนที่1 ความสำคัญของการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย					ส่วนที่2 การจัดการในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตาม การปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.การปรับแนวทางการดูแลรักษาให้ เหมาะสมในแต่ละระยะของโรค										
5.การดูแลประคับประคองอารมณ์ และ ความรู้สึกของครอบครัวและคนใกล้ชิด										
6.การแจ้งให้ผู้ป่วยครอบครัวและคน ใกล้ชิด ทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีม รักษาพยาบาล										
7.การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วย ต้องการและ/หรือตามความเหมาะสม										
8.การให้ข้อมูลในการแสดงเจตนาการรักษา แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด เพื่อการ ตัดสินใจการรักษาพยาบาล										
9.การสื่อสารกับทีมรักษาพยาบาลอย่าง สม่ำเสมอ										
10.การเปิดโอกาสให้ทีมรักษาพยาบาล ได้ระบายความรู้สึก ปรีกษาหารือ ประเด็นต่าง ๆ กับทีมที่ปรึกษาที่มี ประสบการณ์										

ข้อคิดเห็น

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสอบถามความคาดหวังของผู้บริหารต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง ขอความกรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังของท่านต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเติมข้อความลงในช่องว่าง ดังนี้

1. คุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้บริหารคาดหวัง ควรมีลักษณะอย่างไร

.....

.....

.....

2. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าพยาบาลควรปฏิบัติกรพยาบาลเรื่องใดบ้างเป็นสำคัญ

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรมีลักษณะอย่างไร

.....

.....

.....

4. ท่านเห็นว่า พยาบาลควรแสดงบทบาทในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร

.....

.....

.....

5. ในฐานะผู้บริหารท่านคิดว่าสิ่งใดที่ควรเน้นเพิ่มเติมในการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

.....

.....

6. ท่านมีแนวคิดส่งเสริม พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรของท่านอย่างไร

.....

.....

.....

**แบบสอบถามความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาล
ต่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาจารย์พยาบาล ในประเด็นแนวทางการจัดการเรียนการสอน เป้าหมาย จุดประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ วิธีการสอน สื่อหรือแหล่งการเรียนรู้ ระยะเวลา ของการเรียนการสอน การวัดและการประเมินผล ประเด็นคำถามมี ดังนี้

1. สถาบันที่ท่านสังกัด.....
2. ระยะเวลาในการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการตาย.....
3. จุดประสงค์ของการเรียน.....
4. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการตาย กระบวนการตาย ความทุกข์โศก หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เลือกมาใช้ในการสอน.....
5. วิธีการสอนที่ท่านใช้.....
6. สื่อและแหล่งการเรียนรู้ ที่ท่านใช้.....
7. วิธีการวัดและประเมินผล.....
8. ปัญหาที่ท่านพบในการจัดการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร และควรมีการเพิ่มเติมหรือเน้นในเรื่องใดบ้าง.....

แบบประเมินโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบประเมินโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นการประเมินความเหมาะสมของโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรม

ตอนที่ 2 เป็นการประเมินความสอดคล้องของโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรม

ตอนที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของโครงร่างหลักสูตรฝึกอบรม

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นว่าองค์ประกอบต่างๆ มีความเหมาะสมในระดับใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน และโปรดเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างที่เว้นไว้ตามรายการ โดยกำหนดระดับคะแนนที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

5	หมายความว่า	เหมาะสมระดับมากที่สุด
4	หมายความว่า	เหมาะสมระดับมาก
3	หมายความว่า	เหมาะสมระดับปานกลาง
2	หมายความว่า	เหมาะสมระดับน้อย
1	หมายความว่า	เหมาะสมระดับน้อยที่สุด

ที่	รายการประเมิน	ระดับความเหมาะสม					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1	สภาพและความจำเป็นของการฝึกอบรม						
2	หลักการของโครงการฝึกอบรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง						
3	จุดมุ่งหมายของกิจกรรมการฝึกอบรม						
4	หน่วยการเรียนรู้เหมาะสมกับหลักการโครงการฝึกอบรม						
5	การกำหนดเนื้อหาของแต่ละหัวข้อ						
6	การเรียงลำดับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ						
7	วิธีการจัดการฝึกอบรมให้เกิดการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ						
8	สื่อการเรียนรู้กับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ						
9	วิธีการประเมินผลการเรียนรู้						
10	ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม						

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นว่าเนื้อหาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนรู้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน และโปรดเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างที่เว้นไว้ตามรายการประเมิน โดยกำหนดการประเมินดังนี้

มีความเห็นว่า สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น +1

มีความเห็นว่า ไม่แน่ใจ กำหนดคะแนนเป็น 0

มีความเห็นว่า ไม่สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น -1

ที่	รายการประเมิน	ระดับความสอดคล้อง			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ชื่อหน่วยการเรียนรู้				
2	คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้				
3	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม				
4	กิจกรรมการฝึกอบรม				
5	ความครอบคลุมของเนื้อหาแต่ละหน่วยฯ				
6	การจัดลำดับเนื้อหาแต่ละหน่วย				
7	สื่อประกอบการฝึกอบรม				
8	การวัดและประเมินผล				
9	ขั้นตอนดำเนินกิจกรรมของไปงาน				
10	ระยะเวลาที่ใช้แต่ละหน่วยการเรียนรู้				

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบวัดความรู้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบวัดความรู้นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โปรดทำเครื่องหมาย ✕ ลงในข้อที่มีคำตอบถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. “ความตาย” ทางการแพทย์มีความหมายอย่างไร
 - ก. การที่สมองหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง
 - ข. การที่หัวใจหยุดเต้น ตรวจไม่พบคลื่นหัวใจ
 - ค. การที่ผู้ป่วยต้องช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา
 - ง. การที่แพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้แล้ว และหัวใจหยุดเต้น
2. “การตาย” ตามกฎหมาย มีความหมายตรงกับข้อใด
 - ก. การหยุดทำงานของระบบร่างกาย ได้แก่ แกนสมอง ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ
 - ข. การเป็นคนหายไม่มีใครพบเห็นเกิน 3 ปี
 - ค. แพทย์วินิจฉัยว่า สภาวะทางร่างกาย เช่น สมองตาย และการทำงานของหัวใจล้มเหลว
 - ง. ถูกทั้งข้อ ก และ ข
3. “การตาย” ตามหลักของศาสนาพุทธ มีความหมายอย่างไร
 - ก. การหมดลมหายใจทางกายภาพ
 - ข. การแตกดับทางจิต
 - ค. การแตกดับทางกายและทางจิต
 - ง. การปล่อยวางและหลุดพ้นจากสิ่งต่างๆ
4. ข้อใดคือความหมายของ “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย”
 - ก. ผู้ป่วยที่แพทย์ต้องใช้ยาลดปวดตลอดเวลาเพื่อลดความทรมาน
 - ข. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงคุกคามถึงชีวิต
 - ค. ผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่าไม่มีหัวใจเพราะไม่สามารถช่วยชีวิตได้
 - ง. ผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลด้วยเครื่องพยุงชีวิตอยู่ตลอดเวลา
5. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ที่สังเกตได้จากภายนอกอย่างไร
 - ก. ผู้ป่วยจะไม่อยากรับประทานอาหาร อ่อนเพลียไม่มีแรง มีเสมหะ หายใจลำบาก
 - ข. ผู้ป่วยจะพูดสับสนเสียกับคนในครอบครัว แสดงอาการกระสับกระส่าย
 - ค. ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด ระบบย่อยอาหารไม่ทำงาน น้ำท่วมปอด และปากแห้งหิวน้ำบ่อย
 - ง. ผู้ป่วยอ่อนเพลียต้องการได้สารอาหารและมีการให้อาหารทางสายยาง
6. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตสังคม อย่างไร
 - ก. ต้องการรับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและโรคของตนเอง
 - ข. ไม่ควรให้ผู้ป่วยการรับรู้อาการเจ็บป่วยเพราะเป็นการทำร้ายจิตใจของผู้ป่วย
 - ค. เพื่อลดความวิตกกังวล ควรบอกแต่ข่าวดีกับผู้ป่วย
 - ง. ให้อิสระกับผู้ป่วยอยู่คนเดียวเพื่อไม่ให้ครอบครัวรับรู้สภาพความเจ็บป่วยของตน

7. การตายตามธรรมชาติ มีลักษณะเป็นอย่างไร
 - ก. ระบบประสาทของผู้ป่วยหยุดทำงาน
 - ข. ตายเมื่อมีอายุมากเข้าสู่วัยชรา
 - ค. ตายเพราะสภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่มีแรง
 - ง. แกนสมอง ระบบไหลเวียนโลหิต และหัวใจ ไม่ทำงาน
8. ธรรมชาติของความตาย หมายถึง ข้อใด.
 - ก. มนุษย์ทุกคนต้องพบกับความตาย
 - ข. ความตายเป็นกระบวนการหนึ่งของสิ่งมีชีวิต
 - ค. มนุษย์ทุกคนไม่สามารถกำหนดเวลาของการตายได้
 - ง. ความตายทำให้มนุษย์ทุกคนสิ้นหวัง หดหู่ และไม่ต้องการพบเจอ
9. ข้อใดเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - ก. นายวินัย ต้องการยาแก้ปวดชนิดฉีดเพราะไม่ต้องการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
 - ข. นายสมบัติ ต้องการอยู่คนเดียว ไม่ต้องการให้ใครรบกวน
 - ค. นายสมปอง ขอพบนายสมชายต้องการพูดในสิ่งที่ทำผิดพลาด
 - ง. นายเล็ก ต้องการที่จะให้ทีมแพทย์พยาบาลดูแล ช่วยชีวิตอย่างเต็มที่
10. ตายดีมีสุข มีลักษณะอย่างไร
 - ก. ประพาฬ ประสพอุบัติเหตุเสียชีวิตทันที
 - ข. ลุงแจ่ม ไม่รู้สึกตัวหลังได้รับการผ่าตัดสมองและเสียชีวิตในเวลาต่อมา
 - ค. ป้าเนลา อายุ 99 ปี ตายด้วยโรคชรา
 - ง. ป้าบุญมี เป็นโรคหัวใจรู้ตัวว่าตนเองใกล้ตาย
11. วิภาดา เป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยหญิงที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีนิสัยรักสวยรักงาม หน้าตาสวย และต้องการดูแลตนเองให้ดูดีเสมอ วิภาดาจึงใช้เวลาและให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่งตัว หวีผมและแต่งหน้าภายหลังการเช็ดตัว การกระทำของวิภาดา ดังกล่าวเป็นการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยในด้านใด
 - ก. ด้านร่างกาย
 - ข. ด้านจิตใจ
 - ค. ด้านสังคม
 - ง. ด้านจิตวิญญาณ
12. หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ข้อใดที่ไม่ควรปฏิบัติ
 - ก. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
 - ข. ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก
 - ค. การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย เป็นประจำสม่ำเสมอ
 - ง. มีความต่อเนื่องและประเมินผลสม่ำเสมอ

13. เป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือข้อใด
 - ก. ดูแลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ในวาระสุดท้ายของชีวิต
 - ข. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีอิสระในตนเอง
 - ค. ดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้
 - ง. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของร่างกาย
14. หลักการดูแลผู้ป่วยในการให้ยาในช่วงก่อนเสียชีวิต ยกเว้นข้อใด
 - ก. งดยาประจำตัวสำหรับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยใช้ประจำ
 - ข. ควรลดปริมาณหรือหยุดให้น้ำเกลือเข้าเส้น พร้อมกับยุติการให้อาหารหรือน้ำทางสายยาง
 - ค. ญาติควรปรึกษาร่วมกับแพทย์ในเรื่องการปรับยา
 - ง. วิจัยเพิ่มเติมเพื่อปรับยาและการรักษาให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรค
15. หลักการให้ยาแก้ปวดที่ถูกต้อง ยกเว้นข้อใด
 - ก. สำหรับมอร์ฟีนชนิดเม็ดบดให้ละเอียดเพื่อง่ายต่อการกลืน
 - ข. ให้ยามอร์ฟีนตามเวลาไม่คำนึงถึงว่าต้องให้ก่อนหรือหลังอาหาร
 - ค. ให้ยาตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการ
 - ง. ใช้เทคนิคการผ่านคลายต่างๆร่วมด้วย
16. ถ้าท่านรู้ว่าจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านจะปฏิบัติอย่างไร
 - ก. ไม่กล้าดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย กลัวการตาย มอบหมายให้ผู้ร่วมงานช่วยเหลือ
 - ข. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหน้าที่ เช่น ให้ยาตามเวลา เช็ดตัว และคอยสังเกตอาการผู้ป่วย
 - ค. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยใจห่อเหี่ยว
 - ง. ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้ป่วย
17. เพราะเหตุใดญาติลຸ່ນบุญมี จึงนิมนต์พระมาสวดก่อนที่ลຸ່ນจะเสียชีวิต
 - ก. เพื่อช่วยให้ลຸ່ນบุญมี มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป
 - ข. เพื่อให้ลຸ່ນบุญมี ได้รับบุญกุศลทั้งชาตินี้และชาติหน้า
 - ค. เพื่อให้ญาติลຸ່ນบุญมี ลดความห่วงหาอาลัยและปล่อยวาง
 - ง. เพื่อให้ลຸ່ນบุญมี ทำจิตใจให้สงบก่อนตายจะได้ไปสู่ชาติภูมิที่ดี
18. ทำไมต้องมีการจัดงานศพตามความเชื่อทางศาสนาพุทธ
 - ก. เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้ผู้ตาย
 - ข. เพื่อให้ญาติพี่น้องมารวมกัน
 - ค. ปฏิบัติพิธีกรรมตามประเพณี
 - ง. เพื่อการเจริญมรณสติให้ผู้มาร่วมงาน
19. ชาวคริสต์มีความเชื่อเรื่องความตายอย่างไร
 - ก. ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย
 - ข. พระเจ้าประทานชีวิตและกำหนดความตายเพื่อมาเกิดใหม่
 - ค. พระเจ้าประทานชีวิต กำหนดความตายไว้แล้ว
 - ง. ความตายเป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น

20. ข้อใดคือ บทบาทของบาทหลวงต่อผู้ใกล้ตาย
- โปรดศีลอุบายบาปในนามพระเจ้า
 - สวดภาวนาเพื่อให้กำลังใจ
 - ขอพรให้พระเจ้ามารับบุตรของพระองค์กลับคืน
 - พูดคุยกับผู้ใกล้ตายเพื่อให้จิตใจสงบไม่ทุกข์กังวล
21. แนวการดูแลและจัดการการตายตามหลักชาวมุสลิมเป็นอย่างไร
- ห่อด้วยผ้าสะอาด อาบน้ำศพ นำไปละหมาดที่มัสยิดแล้วนำไปฝัง
 - นำไปละหมาดที่มัสยิด อาบน้ำศพ ห่อด้วยผ้าสะอาด แล้วนำไปฝัง
 - อาบน้ำศพ นำไปละหมาดที่มัสยิด ห่อด้วยผ้าสะอาด แล้วนำไปฝัง
 - อาบน้ำศพ ห่อด้วยผ้าสะอาด นำไปละหมาดที่มัสยิดแล้วนำไปฝัง
22. การดูแลความเศร้าโศกหลังการสูญเสีย ควรทำเมื่อใด
- ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตทันที
 - ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต
 - ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่
 - ไม่แน่นอนขึ้นกับสภาวะและเวลาที่เอื้ออำนวย
23. ข้อใดต่อไปนี้เป็นกรปฏิบัติต่อการดูแลผู้ที่มีผลกระทบจากการสูญเสีย ยกเว้นข้อใด
- ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของครอบครัวผู้ป่วย
 - อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจจนยอมรับความจริงได้
 - ควรใช้เวลาญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับร่างผู้เสียชีวิตช่วงระยะเวลาหนึ่ง
 - ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความทุกข์โศก
24. กิจกรรมใดที่กล่าวถึงการพยาบาลความเศร้าโศกหลังการสูญเสียไม่ถูกต้อง
- พยาบาลจัดสถานที่ให้ผู้สูญเสียไม่พลุกพล่าน
 - คอยรับฟัง การสัมผัสจะช่วยให้ผู้สูญเสียรู้สึกดีขึ้น
 - พยาบาลควรให้ผู้สูญเสียอยู่ตามลำพังไม่พูดคุยเพื่อการทำให้สงบ
 - ควรใช้เวลาญาติเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดการยอมรับและมีช่วงเวลาทำใจ
25. ข้อควรคำนึงถึงสิ่งใดเป็นลำดับแรกเมื่อเกิดความขัดแย้งในการรักษาของแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง
- ควรคำนึงถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสบายกายสบายใจ
 - ควรคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณธรรม
 - ควรคำนึงถึงการให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษาพยาบาล
 - ควรคำนึงถึงการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับโรคและอาการของผู้ป่วย
26. ข้อควรคำนึงในการยุติหรือยับยั้งการรักษาข้อใดสำคัญที่สุด
- การยุติการรักษาเมื่อผู้ป่วยหรือญาติร้องขอ
 - การยุติการรักษาเมื่อการรักษาเกินความจำเป็นไม่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย
 - การยุติการรักษาขึ้นกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
 - การยุติการรักษาเป็นเรื่องซับซ้อนยากที่จะพิจารณาขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์

27. Living Will มีความหมายในลักษณะต่อไปนี้ ยกเว้นข้อใด

- ก. แนวทางของ Passive Euthanasia โดยไม่ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่
- ข. แนวทางของ Active Euthanasia เพื่อให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน
- ค. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพียงเพื่อยืดการตาย
- ง. สิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

28. การทำหนังสือแสดงเจตนาการตาย ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง

- ก. หนังสือแสดงเจตนาการตายต้องระบุ วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- ข. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ
- ค. ลายมือชื่อของพยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์
- ง. ผู้ที่มีชื่อตัดสินใจแทนสามารถปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้

29. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้องในการทำหนังสือแสดงเจตนาการตาย

- ก. ผู้เก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ใดไว้ให้แสดงหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติทันที
- ข. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ตลอดเวลา
- ค. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้หนังสือแสดงเจตนามีผลก็ต่อเมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์
- ง. การตีความหนังสือแสดงเจตนา ผู้รักษาผู้ป่วย ควรปรึกษาร่วมกับบุคคลใกล้ชิดตามหรือญาติผู้ป่วย

30. persistent vegetative state – PVS คือสภาวะใด

- ก. ผู้ที่มีการสูญเสียความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร
- ข. ผู้ได้รับบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้บรรเทาอาการต่างๆ ได้
- ค. ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ แต่ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายได้ลดลงเรื่อย ๆ
- ง. ผู้ที่อยู่ในภาวะที่จะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่นาน

เฉลยแบบวัดความรู้
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อที่	คำตอบที่ถูกต้อง	ข้อที่	คำตอบที่ถูกต้อง
1.	ก	16.	ง
2.	ก	17.	ง
3.	ค	18.	ง
4.	ข	19.	ค
5.	ก	20.	ก
6.	ก	21.	ง
7.	ง	22.	ค
8.	ข	23.	ข
9.	ค	24.	ค
10.	ง	25.	ค
11.	ข	26.	ข
12.	ค	27.	ข
13.	ค	28.	ง
14.	ง	29.	ก
15.	ก	30.	ก

แบบวัดเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบวัดเจตคตินี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากข้อความข้างล่างต่อไปนี้ ให้พิจารณาว่าตนเองเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน โดยกำหนดระดับที่ใช้ในการประเมินเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5	หมายความว่า	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายความว่า	เห็นด้วยมาก
3	หมายความว่า	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายความว่า	เห็นด้วยน้อย
1	หมายความว่า	เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	การจัดห้องพักเป็นสัดส่วนมีความจำเป็นน้อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
2	การจัดผู้ให้คำปรึกษาแก่ทีมผู้รักษาพยาบาลในการปฏิบัติงานเป็นการทำงานซ้ำซ้อน					
3	การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นเรื่องจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
4	การประเมินสภาพปัญหาและให้การรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นการเสียเวลาเปล่า					
5	การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล					
6	การกำหนดเป้าหมายของการรักษายาบาลร่วมกันระหว่างทีมรักษายาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษายาบาล					
7	การประเมินความต้องการและการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้					
8	การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล					
9	การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความลำช้าและซ้ำซ้อนในการดูแลผู้ป่วย					

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
10	การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลไม่คล่องตัว					
11	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจทำให้การตัดสินใจล่าช้า ไม่ทันการณ์					
12	การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการและ/หรือตามความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย					
13	การใช้แบบประเมินอาการและความเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นการตรวจสอบที่ไม่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
14	การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวัฒนธรรมของการเจ็บป่วย เพื่อให้รู้ว่าควรบอกความจริงอย่างไรและควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพียงใด					
15	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน และระบายความรู้สึก ส่งผลกระทบต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย					
16	ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเสริมสร้างได้					
17	การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีทางรอดเป็นการเสียเวลา ควรเอาเวลาไปดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดจะดีกว่า					
18	บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงญาติผู้ป่วย ควรเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกวินาทีว่าเวลาที่เหลืออยู่เป็นช่วงเวลาที่มามีค่ามากที่สุด					
19	ควรทำความเข้าใจ ว่าแม้จะพยายามเต็มที่ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย แต่บางครั้งผลที่ได้ อาจไม่สวยงามดังหวัง ก็ควรทำใจให้ยอมรับ เพื่อไม่ให้เกิดความอึดอัดคับข้องใจและเป็นทุกข์					

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
20	ก่อนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรทาง การแพทย์หรือผู้ดูแลควรตรวจสอบสภาพจิตใจของ ตนว่าพร้อมให้บริการหรือไม่					
21	ผู้ให้บริการควรตระหนักเสมอว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ มากที่สุด คือ การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ห่วงใยถ่ายทอดความรู้สึกเพื่อให้เห็นว่าเราเป็นเพื่อน มนุษย์ที่มีศักดิ์ศรีเหมือนกัน					
22	กระบวนการตายเป็นไปตามธรรมชาติของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย คือ ไม่เร่งรัดหรือเลื่อนกระบวนการตาย					
23	ทีมพยาบาลคอยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียม พร้อมเผชิญกับกระบวนการตายที่กำลังเกิดขึ้น					
24	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ทางที่สำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล					
25	การได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นอย่างดี ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมี ประสิทธิภาพ					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มที่ กิจกรรมไปงานที่.....เรื่อง.....

อาจารย์ผู้ประเมิน

คำชี้แจง แบบสังเกตนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดยให้อาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน ตามรายการข้างล่างนี้ ว่าได้แสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด โดยกำหนดระดับคะแนนที่ใช้ในการประเมินเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายความว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นมากที่สุด
- 4 หมายความว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นมาก
- 3 หมายความว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นปานกลาง
- 2 หมายความว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นน้อย
- 1 หมายความว่า ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแสดงพฤติกรรมนั้นน้อยที่สุด

รายการประเมิน	นศ	นศ	นศ	นศ	นศ	นศ
.....						
1. ร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็น						
2. สื่อสารชัดเจน ตรงประเด็น						
3. แสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็น						
4. แสดงความสนใจและตั้งใจฟังผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์						
5. การสะท้อนความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเอง						
6. แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น						
7. ยอมรับความแตกต่างความคิดเห็นของผู้อื่น						
8. ส่งเสริมบรรยากาศเรียนรู้ภายในกลุ่ม						
9. มีวิธีการโต้แย้งที่สุภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม						
10. ผลงานแสดงถึงการนำความรู้มาประยุกต์ใช้						
รวม						

แบบประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบประเมินผลภาคปฏิบัตินี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากข้อความข้างล่างต่อไปนี้ ให้พิจารณาว่านักศึกษาสามารถปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน โดยกำหนดระดับที่ใช้ในการประเมินเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 คะแนน หมายความว่า นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด (81-100%)
- 4 คะแนน หมายความว่า นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลมาก (61-80%)
- 3 คะแนน หมายความว่า นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลปานกลาง (41-60%)
- 2 คะแนน หมายความว่า นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลน้อย (21-40%)
- 1 คะแนน หมายความว่า นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด (1-20%)

	รายการประเมิน	ระดับปฏิบัติการพยาบาล				
		5	4	3	2	1
1	การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน					
	1.1 ให้การพยาบาลถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ					
	1.2 ให้บริการพยาบาลครบถ้วน เหมาะสมกับสภาพปัญหาและระยะเวลา					
	1.3 การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ตามสภาพความเป็นจริงและหลักการพยาบาลครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
	1.4 จัดลำดับความสำคัญของการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม					
2	การวางแผนการพยาบาล					
	2.1 กำหนดวัตถุประสงค์ถูกต้อง สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและมีความเป็นไปได้					
	2.2 กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาทางการพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว					
	2.3 กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์					
	2.4 กำหนดเกณฑ์ประเมินผลที่สามารถวัดและประเมินผลการพยาบาลได้					

	รายการประเมิน	ระดับปฏิบัติการพยาบาล				
		5	4	3	2	1
	2.5 กำหนดกิจกรรมถูกต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ปัญหา และสภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
	2.6 กำหนดกิจกรรมครอบคลุมทั้งกาย จิต อารมณ์ และจิตวิญญาณของปัญหาทางการพยาบาล					
	2.7 เรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง และเหมาะสม					
3	การปฏิบัติการพยาบาล					
	3.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการดูแล บำบัดและติดต่อสื่อสาร ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
	3.2 ให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือครอบครัวเป็นรายบุคคลถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสภาพผู้รับบริการ					
	3.3 ปฏิบัติการพยาบาลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์และแผนการพยาบาลที่วางไว้					
	3.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามลำดับความสำคัญอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการ					
	3.5 ตัดสินใจแก้ปัญหาขณะปฏิบัติการพยาบาลได้เหมาะสมกับสถานการณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการและทันท่วงที					
	3.6 ใช้ทรัพยากรต่างๆ และเวลาในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ					
	3.7 บันทึกและรายงานการปฏิบัติงานครบถ้วน ถูกต้องตามหลักวิชาการและตามความเป็นจริง					
4	การประเมินผลการพยาบาล					
	4.1 ประเมินผลหลังการพยาบาลถูกต้องตรงตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้					
	4.2 บันทึกและรายงานการประเมินผลการปฏิบัติได้ครบถ้วน ถูกต้องตามหลักอย่างถูกต้องเหมาะสม					

	รายการประเมิน	ระดับปฏิบัติการพยาบาล				
		5	4	3	2	1
5	คุณลักษณะการเป็นพยาบาลในการปฏิบัติงาน					
	5.1 ความเอื้ออาทร 5.1.1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงคุณค่า ศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชนและความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ					
	5.1.2 ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สุภาพ สม่ำเสมอและเท่าเทียมกัน					
	5.1.3 ใช้คำพูดหรือการกระทำที่แสดงถึงความปรารถนาดีต่อผู้อื่น รวมทั้งใส่ใจต่อความรู้สึกความคิดของผู้อื่น แล้วนำมาใช้ประโยชน์ในทางสร้างสรรค์					
	5.1.4 ถามความต้องการหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวแสดงความต้องการของตนเอง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสม					
	5.2 คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรับผิดชอบ 5.2.1 กระตือรือร้น สนใจ ตั้งใจทำงานอย่างเต็มความสามารถและติดตามงานที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่อง					
	5.2.2 แต่งกายและปฏิบัติตนถูกต้องตามระเบียบของวิทยาลัยและสถานที่					
	5.2.3 ปฏิบัติงานตรงต่อเวลา และเสร็จทันตามกำหนดเวลา					
	5.2.4 พุดรายงานหรือปฏิบัติงานตรงตามความเป็นจริง					
	5.2.5 ควบคุมอารมณ์และปรับอารมณ์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์					
6	การปฏิบัติงานเป็นทีม					
	6.1 กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผลและเหมาะสมกับสถานการณ์					
	6.2 เป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้อื่น					
	6.3 ยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพยายามปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องอยู่เสมอ					

	รายการประเมิน	ระดับปฏิบัติการพยาบาล				
		5	4	3	2	1
	6.4 มีความรับผิดชอบหรือช่วยเหลืองานผู้อื่นอย่างเหมาะสม					
	6.5 จูงใจให้ผู้อื่นร่วมมือในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่เกี่ยวข้อง					

ลงชื่ออาจารย์นิเทศ.....วันที่.....

แหล่งฝึก แผนก.....โรงพยาบาล.....



แบบประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกระบวนการเรียนรู้และสอบถามความคิดเห็นในการนำไปใช้ฝึกปฏิบัติงาน ของนักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ท่านสังเกตเห็นสิ่งใด เกิดความรู้สึกนึกคิดอะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทั้งตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว)

.....

.....

2. ท่านมีความพึงพอใจกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่อย่างไร

.....

.....

3. ท่านได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่

.....

.....

4. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา ท่านพบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

.....

.....

5. ถ้ามีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งต่อไป ท่านอยากแก้ไขสิ่งใด อย่างไร

.....

.....

6. เสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดของท่าน

.....

.....

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร

รายชื่ออาจารย์พยาบาลผู้นิเทศก์นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล

รายนามนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ชื่อ-นามสกุล รองศาสตราจารย์ สิวลี ศิริไล
ตำแหน่ง ภาควิชาสมาชิกราชบัณฑิตยสถาน (สาขาจริยศาสตร์)
สังกัด สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง
2. ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน
ตำแหน่ง อาจารย์
สังกัด ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ
ตำแหน่ง รองคณบดีและอาจารย์
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
4. ชื่อ-นามสกุล เซอร์ มารีคาร์แมล ศรีวรกุล
ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์อภิบาลผู้สูงอายุเซนต์หลุยส์และอาจารย์
สังกัด โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์และคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
5. ชื่อ-นามสกุล พระวิจิต ฐมฺขิโต (นายวิจิต เปาณิล)
ตำแหน่ง รองเจ้าอาวาส
สังกัด วัดโพธิ์เผือก

รายชื่อวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร

1. ชื่อ-นามสกุล ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.ดร.จิตร สิทธิอมร
ตำแหน่ง ที่ปรึกษาทางวิชาการของมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์, กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ มูลนิธิอานันทมหิดล, กรรมการผู้ประเมินผลทางวิชาการ สำนักกิจการรุดมยาจารย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
สังกัด โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
2. ชื่อ-นามสกุล ดร. ละเอียต แจ่มจันทร์
ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ
ตำแหน่ง รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์และอาจารย์
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
4. ชื่อ-นามสกุล ดร. สุวรรณีย์ สุวรรณปักษ์
ตำแหน่ง อาจารย์
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
5. ชื่อ-นามสกุล รัชฎีย์ ป้อมทอง
ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์ฯเกียรติแห่งประเทศไทยและอาจารย์
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
6. ชื่อ-นามสกุล หยกตระกูล พิพัฒนศิริศักดิ์
ตำแหน่ง หัวหน้าแผนกวิชาการและพัฒนาคุณภาพและอาจารย์
สังกัด โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
7. ชื่อ-นามสกุล ขวัญใจ กายนาคา
ตำแหน่ง หัวหน้าแผนกผู้ป่วยหนักและอาจารย์
สังกัด โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
8. ชื่อ-นามสกุล กุลพิชญาย์ เวชรัตน์พิมล
ตำแหน่ง อาจารย์
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

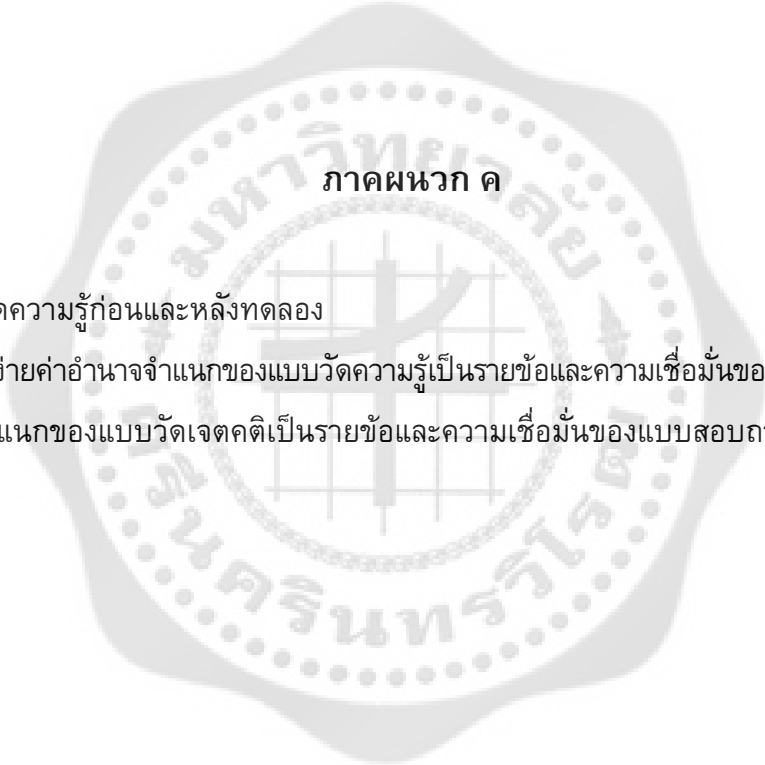
**รายชื่ออาจารย์พยาบาลผู้ให้เทคนิคการศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาล
วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2**

1. อาจารย์อัจฉรา ดันศรีรัตนวงศ์ พย.ม.(สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
2. รองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส วท.ม. (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
3. อาจารย์เพิ่มพูน ธรรมเจริญ วท.ม. (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
4. อาจารย์วราภา สิทธาภิรมย์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
5. อาจารย์วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
6. อาจารย์ประภาพรพรณ นาคอุดม พย.บ.
7. อาจารย์ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ วท.ม. (เภสัชวิทยา)
8. อาจารย์ขวัญใจ กายนาคา พย.บ. (การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติ)
9. อาจารย์พัชรา เตโซ พย.ม. (สาขาการบริหารการพยาบาล)



รายชื่อนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 30 คน

1. นางสาว ชีรานุช	เลิศชสิทธิ์
2. นางสาว ทัตญาเรศ	พรประไพ
3. นางสาว แสงระวี	อนุกุล
4. นางสาว วนิตา	เวฬุระนารักษ์
5. นางสาว อริสสร	ศรีวิชา
6. นางสาว อชิรญา	แวมประชา
7. นางสาว สุกัญญา	เด็ยชัยภูมิ
8. นาย ชีรพงษ์	รอดชมภู
9. นาย ประพันธ์	คำทอง
10. นางสาว อัครพร	ภิรมย์ไทย
11. นางสาว อทิตยา	ศรีพระคุณ
12. นางสาว กชกร	นิลผาย
13. นางสาว กาญจนา	ลินสิงห์
14. นางสาว จิราพร	เตชะพล
15. นางสาว ทิพย์วิมล	มานะศักดิ์ศิริกุล
16. นางสาว ธนาพร	แซ่ชี
17. นางสาว นวพร	พรประไพ
18. นางสาว น้ำฝน	มิธิตา
19. นางสาว ปิยธิดา	ธรรมศิริ
20. นางสาว ชวลี	ฐสถาน
21. นางสาว ละออง	ช่วยเมือง
22. นางสาว พรทิพา	เหลาคำควร
23. นางสาว ศรินทร	สาเสนา
24. นางสาว ภัสชญา	พิมพ์พันธุ์
25. นางสาว น้ำฝน	ศรีดารักษ์
26. นางสาว เพ็ญประพันธ์	สิงห์นต์
27. นางสาว ขวัญพฐ	เลิศวรรณ
28. นางสาว รัชฎ	ภูมิคม
29. นางสาว จีระนันท์	โคตุทา
30. นางสาว จันทิมา	โยธาสภาพ



ภาคผนวก ค

ผลคะแนนวัดความรู้ก่อนและหลังทดลอง

ค่าความยากง่ายค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้เป็นรายข้อและความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ

ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดเจตคติเป็นรายข้อและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ผลคะแนนวัดความรู้ก่อนและหลังทดลอง

คนที่	คะแนนก่อนทดลอง	คะแนนหลังทดลอง
1.	12	25
2.	13	25
3.	9	23
4.	11	24
5.	12	25
6.	15	24
7.	12	23
8.	11	23
9.	11	25
10.	7	24
11.	11	24
12.	9	25
13.	15	24
14.	10	24
15.	14	24
16.	10	23
17.	14	23
18.	7	23
19.	8	25
20.	10	24
21.	14	23
22.	11	27
23.	18	24
24.	11	24
25.	13	24
26.	11	23
27.	11	23
28.	10	23
29.	12	25
30.	9	23

ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ของแบบวัดความรู้เป็นรายข้อ และความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ

ข้อที่	ค่าความ ยากง่าย (p)	ค่าอำนาจ จำแนก (r)	ข้อที่	ค่าความ ยากง่าย (p)	ค่าอำนาจ จำแนก (r)
1.	0.26	0.26	16.	0.50	0.46
2.	0.46	0.40	17.	0.66	0.40
3.	0.53	0.26	18.	0.40	0.40
4.	0.63	0.46	19.	0.36	0.33
5.	0.66	0.40	20.	0.56	0.46
6.	0.43	0.46	21.	0.43	0.46
7.	0.46	0.40	22.	0.23	0.33
8.	0.36	0.46	23.	0.60	0.40
9.	0.43	0.33	24.	0.33	0.40
10.	0.36	0.46	25.	0.60	0.40
11.	0.73	0.53	26.	0.23	0.33
12.	0.56	0.33	27.	0.23	0.33
13.	0.26	0.40	28.	0.56	0.60
14.	0.63	0.33	29.	0.23	0.33
15.	0.23	0.33	30.	0.23	0.33

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ .96

ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดเจตคติเป็นรายข้อ และความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (t)	p-value	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (t)	p-value
1.	0.864	0.201	16.	2.236	0.021
2.	1.452	0.089	17.	1.667	0.113
3.	1.871	0.041	18.	3.473	0.059
4.	1.797	0.047	19.	3.473	0.002
5.	0.403	0.346	20.	1.643	0.061
6.	2.376	0.024	21.	1.426	0.088
7.	2.256	0.021	22.	1.897	0.039
8.	2.966	0.010	23.	2.236	0.021
9.	3.051	0.004	24.	1.784	0.048
10.	1.852	0.048	25.	1.271	0.116
11.	2.236	0.021			
12.	2.688	0.009			
13.	3.550	0.004			
14.	5.612	0.001			
15.	2.105	0.027			

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ .822

ภาคผนวก ง

ตารางฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

กำหนดการปิดโครงการฝึกอบรมการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษา

พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ตารางการฝึกอบรม
หลักสูตรฝึกอบรม
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลเซนต์หลุยส์
ระหว่างวันที่ 28-29 กันยายน 2556

ณ ห้องประชุม 1 อาคารราชวิถี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วันเสาร์ที่ 28 กันยายน 2556

- 08.00 - 08.30 น. ลงทะเบียน และpre-test
- 08.30 - 09.00 น. กล่าวรายงานความเป็นมาและวัตถุประสงค์การฝึกอบรม
พิธีเปิดการอบรม
- 09.00 - 10.30 น. กิจกรรมตามใบงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
กิจกรรมใบงานที่ 1.1 การรู้จักความตายอย่างใกล้ชิด
กิจกรรมใบงานที่ 1.2 สำรวจความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย
กิจกรรมใบงานที่ 2.2 เขียนความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับ
กิจกรรมใบงานที่ 2.3 ปันความโศก
- 10.30 - 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 - 12.00 น. บรรยาย “ การดูแลชีวิตและการตาย”และ“การดูแลเมื่อความตายมาถึง”
- 12.00 - 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 - 15.15 น. กิจกรรมใบงานที่ 2.1 เฟ้นพิณิจ คติวิเคราะห์ความตายของใครคนหนึ่ง
และชมภาพยนตร์เรื่อง “WIT”
- 15.15 - 15.30 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 15.30 - 16.00 น. สรุปบทเรียน ผู้สังเกตประจำกลุ่มให้ข้อคิดเห็นในการสังเกต

วันอาทิตย์ ที่ 29 กันยายน 2556

- 08.00 - 08.30 น. ลงทะเบียน
- 08.30 - 08.45 น. นำสู่บทเรียนโดยกิจกรรมใบงานที่ 3.1.สมาธิเพื่อการเยียวยา
- 08.45 - 09.30 น. กิจกรรมใบงานที่ 3.2.ชวนชมชวนคุย “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”และแลกเปลี่ยนเรื่องราวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
- 09.30 - 10.30 น. บรรยาย “การดูแลหลังการสูญเสีย”
- 10.30 - 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 - 12.00 น. กิจกรรมใบงานที่ 3.3 เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และชมภาพยนตร์เรื่อง “TAKING CHANCE”
- 12.00 - 13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 - 14.00 น. บรรยาย “ การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย “
- 14.00 - 14.15 น. กิจกรรมใบงานที่ 4.1. ทัศนัยกรรมชีวิต
- 14.15 - 14.30 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.30 - 15.30 น. กิจกรรมใบงานที่ 4.2. วิเคราะห์กรณีศึกษา
มรณานุสรณ์ของ สุภาพร พงศ์พฤกษ์
สรุปบทเรียน ผู้สังเกตประจำกลุ่มให้ข้อคิดเห็นในการสังเกต
- 15.30 - 16.00 น. post-test

กำหนดการปิดโครงการฝึกอบรม
การพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 08.00-12.00 น.
ห้องประชุมราชวิถี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

- เวลา 08.00-08.30 น. ลงทะเบียน
- เวลา 08.30-09.30 น. ทบทวนบทเรียน สรุปบทเรียน และชมวีดิทัศน์
 โดยอาจารย์ กุลพิชฌาย์ เวชรัตน์พิมล
- เวลา 09.30-10.00 น. ข้อคิดจากผู้บริหาร
 โดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ.นพ.ดร.จิตร สิทธิอมร
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
 ดร.เชอร์ สมศรี สุเมธ อธิการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์
 ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
- เวลา 10.00-11.00 น. แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล
 โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ
 ดร.สุวรรณี สุวรรณปักษ์
 อาจารย์รัชฎี ป้อมทอง
 อาจารย์ขวัญใจ กายนาคา
 อาจารย์กุลพิชฌาย์ เวชรัตน์พิมล
- เวลา 11.00-11.30 น. ตอบข้อซักถามและประเมินผล
- เวลา 11.30-12.00 น. พิธีปิดและมอบประกาศนียบัตร ปิดโครงการฝึกอบรม
- เวลา 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารร่วมกัน

หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

1.แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม

ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถเกิดได้ทุกช่วงของชีวิตนับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์จนถึงวัยชรา ความตายจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย หมดหวังจากการหายของโรค ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีใดๆ ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตระหนักดีว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน การเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินอยู่ จะนำมาซึ่งความตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล กลัวการเจ็บปวดที่ไม่ทุเลา กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ กลัวการสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย และกลัวการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหลังความตายเป็นอย่างใด ความวิตกกังวลเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและหมดความหวังได้ ดังนั้น เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง ผู้ป่วยจึงต้องการชีวิตที่เหลืออยู่ปราศจากความทุกข์ทรมาน ต้องการให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และจากไปอย่างสงบ

การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตายของผู้ป่วยจึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญและมีคุณค่ามาก การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ จึงเป็นบทบาทอิสระและเป็นภาระหน้าที่สำคัญอย่างมากของพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดโดยตรง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของพยาบาล ผ่านทางพฤติกรรมและการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน อยู่ด้วยความสุขสบาย และได้ตายอย่างสงบ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และหวาดกลัวได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ขจัดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานทั้งหลาย เป็นการช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย (supportive care) บรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

การสร้างพยาบาลให้สามารถจรรยาโลงวิชาชีพไว้ได้ถือเป็นความสำเร็จขั้นสูงสุด หมายถึงความสำเร็จทั้งในส่วนของพยาบาลและในส่วนประชาชนซึ่งเป็นผู้ใช้บริการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ทางศาสตร์ทางการพยาบาลโดยเฉพาะ มีทักษะในการให้บริการพยาบาล และมีสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการในทุกสถานการณ์ ด้วยสำนึกในความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและสังคม การเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล จึงนับว่ามีความสำคัญต่อสถาบันการศึกษา ที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการพยาบาลสู่สังคม วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าวเช่นกัน

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามบทบาทของวิชาชีพในอนาคต และเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่มีแนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น นั่นคือ จะมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรังเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้นในอนาคต และสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ ระดับชาติ พ.ศ. 2556-2559 ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบกับความร่วมมือในด้านการบริการสุขภาพ มีการเปิดกว้างในตลาดวิชาชีพของประชาคมอาเซียน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาหลักสูตรทางการพยาบาล เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสามารถในการเรียนรู้ ปรับตัวตามความต้องการของสังคมปัจจุบันและมีความพร้อมสู่การแข่งขันในระดับประชาคมอาเซียน

2. หลักการและเหตุผล

หลักสูตรพยาบาลปัจจุบันส่วนใหญ่ มีจัดการเรียนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาการพยาบาล วิธีการสอนที่ใช้ คือการบรรยายและการอภิปรายกลุ่มใหญ่ ซึ่งเน้นการสอนการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าทางจิตวิญญาณ ในส่วนการฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จัดลำดับความสำคัญของประสบการณ์นี้เป็นอันดับสองหรืออยู่ในระดับควรมี จึงมีนักศึกษาบางคนที่ได้รับประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ขึ้นกับโอกาสอำนวย อีกทั้งในการสอนแบบบรรยาย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้เข้าใจกับความคิด อารมณ์ ค่านิยมต่อความตายของตนเอง และขาดโอกาสที่จะทำความเข้าใจ และยอมรับความคิด อารมณ์ของผู้อื่นที่แตกต่างจากตนเองได้ ด้วยระยะเวลาการสอนที่จำกัด และภายใต้กรอบที่กำหนดการเรียนการสอน ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนให้ครอบคลุมสาระการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีและองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาศัยการฝึกอบรมรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลบ์ (Kolb, 1984: 38) ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้เรียนเอง การสังเกตประสบการณ์ของบุคคลอื่น หรือการกำหนดสถานการณ์ขึ้น และอาศัยการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมด้วย ในการคิดทบทวนต่อประสบการณ์นั้นๆ เกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และนำไปสู่การปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. จุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรม

4.1 เพื่อให้ศึกษามีความรู้ ทักษะ และมีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม บนพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงความต้องการตามปัจเจกบุคคล และความต่างของวัฒนธรรม

4.2 เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความแตกต่างทางความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตาย

4.3 เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญกับความสูญเสีย และความตาย ของตนเอง ญาติ เพื่อนและผู้รับบริการ

4.4 เพื่อให้ศึกษามีความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.เนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม

โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วยหน่วยการเรียนรู้ จำนวน 4 หน่วย ดังนี้

- หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การดูแลชีวิตและการตาย
- หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลเมื่อความตายมาถึง
- หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลหลังการสูญเสีย
- หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลจริยธรรมและกฎหมาย

ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.กิจกรรมการฝึกอบรม

ในการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทุกคนมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมฝึกอบรม การสังเกต การฟัง และการสะท้อนความคิด สามารถสรุปประเด็นจากการกระทำของตนหรือของกลุ่มย่อย เพื่อให้มีการอภิปราย ระดมสมอง การฝึกปฏิบัติตามใบงาน โดยมีการดำเนินการอบรมตามรายละเอียด ดังนี้

1. กิจกรรมนำสู่การฝึกอบรม เพื่อการสร้างความคุ้นเคยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และกิจกรรมสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้เข้ารับการฝึกอบรมและวิทยากร เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศแห่งการเปิดเผยตัวเองให้ผู้รับการอบรมได้รู้จักกัน

2. การดำเนินการฝึกอบรม โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอล์ป(Kolb) ใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมและในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่งกลุ่มนักศึกษาผู้เข้าร่วมอบรมเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน แต่ละคนจะต้องค้นหาประสบการณ์ของตนเองตามใบงานที่ระบุ แล้วอภิปรายในกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และใช้แบบสังเกตทักษะในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากรประจำกลุ่ม

รายละเอียดของการเรียนรู้มี ดังนี้

- 1) การดูแลชีวิตและการตาย ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของตนเอง และได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับความตาย
- 2) การดูแลเมื่อความตายมาถึง ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเองและได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการดูแลภาวะใกล้ตาย เพื่อการตายดี
- 3) การดูแลหลังการสูญเสีย ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเองและได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก ความเศร้าโศกและการดูแลครอบครัวของผู้สูญเสีย
- 4) การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเองและได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการพยาบาล และแนวทางแก้ไข เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาจริยธรรมในการพยาบาล ได้ทราบทิศทางของกฎหมายและการเขียนเจตนาการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมมี ดังนี้

- 1) ชั้นประสบการณ์ เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมนำประสบการณ์ของตนออกมาใช้ในการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์แก่ผู้อื่น
- 2) ชั้นสังเกตอย่างไตร่ตรองหรือคิดทบทวน เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้แสดงความคิดเห็นของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม
- 3) ชั้นความคิดรวบยอด เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอดซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติและได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ
- 4) ชั้นประยุกต์แนวคิด เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือสร้างความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เป็นการแสดงถึงผลสำเร็จในการเรียนรู้

3. การประเมินการฝึกอบรม ใช้แบบวัดความรู้ ทดสอบก่อนและหลังฝึกอบรม แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่ม แบบวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อวัดความรู้ ทักษะเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และติดตามผลการนำไปทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยประเมินตามแบบประเมินภาคปฏิบัติและประชุมสรุปกระบวนการเรียนรู้และการทำงาน โดยบันทึกแบบประเมินถอดบทเรียน เพื่อหาประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม นำมาซึ่งการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6.สื่อประกอบการฝึกอบรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การดูแลชีวิตและการตาย

1. แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 1. การดูแลชีวิตและการตาย
2. กิจกรรมใบงานที่ 1.1 การรู้จักความตายอย่างใกล้ชิด
กิจกรรมใบงานที่ 1.2 สำรวจความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย
3. ใบความรู้ เรื่อง ชีวิตและความตาย
4. Power point
5. visualize
6. flip chart
7. โทรศัพท์มือถือ

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลเมื่อความตายมาถึง

1. แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลเมื่อความตายมาถึง
2. กิจกรรมใบงานที่ 2.1 เฟ่งพินิจ คิดวิเคราะห์ความตายของใครคนหนึ่ง “WIT”
กิจกรรมใบงานที่ 2.2 เขียนความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับ
กิจกรรมใบงานที่ 2.3 บันทึกความโศก
3. ใบความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. Power point
5. visualize
6. flip chart
7. ภาพยนตร์ เรื่อง “WIT”

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลหลังการสูญเสีย

1. แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 3. การดูแลหลังการสูญเสีย
2. กิจกรรมใบงานที่ 3.1 สมาธิเพื่อการเยียวยา
กิจกรรมใบงานที่ 3.2 ชวนชมชวนคุย “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”
กิจกรรมใบงานที่ 3.3 เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ “TAKING CHANCE”
3. ใบความรู้ เรื่อง การดูแลหลังการสูญเสีย
4. Power point
5. visualize
6. flip chart
7. วีดิทัศน์ “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”
8. ภาพยนตร์ เรื่อง “TAKING CHANCE”

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. กิจกรรมใบงานที่ 4.1 พันัยกรรมชีวิต
กิจกรรมใบงานที่ 4.2 วิเคราะห์กรณีศึกษา มรณานุสรณ์ของสุภาพร พงศ์พฤกษ์
3. ใบความรู้ เรื่อง การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. Power point
5. visualize
6. flip chart
7. วีดิทัศน์ “มรณานุสรณ์ สุภาพร พงศ์พฤกษ์”

7. การประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม

การวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

7.1 กระบวนการฝึกอบรม

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7.2 ติดตามผลการนำไปทดลองปฏิบัติ

ประเมินภาคปฏิบัติ แบบประเมินผลภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเมินถอดบทเรียนหลังการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 1

การดูแลชีวิตและการตาย

คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้

ความหมายความตาย ธรรมชาติของความตาย แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วยความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนการตายดีและทางเลือกการตายดี

วัตถุประสงค์

ผู้รับการฝึกอบรมมีความสามารถ

1. อธิบายความหมายชีวิตและความตาย
2. อธิบายความหมายของชีวิตและความตายตามคุณค่าของตน
3. เข้าใจ และยอมรับคุณค่า ความเชื่อเรื่องความตายของผู้อื่นที่แตกต่างกัน
4. เข้าใจความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
6. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเตรียมตนเองในการเผชิญความตาย ละวาง/ปล่อยวางสิ่งที่ผูกพัน/ยึดในชีวิตประจำวัน
7. อธิบายการตายดีที่ปรารถนา
8. มีทักษะและความสามารถในการทำงานเป็นทีม

เค้าโครงเนื้อหา

1. ความหมายของความตาย
 - 1.1 ความตายทางการแพทย์
 - 1.2 ความหมายทางกฎหมาย
 - 1.3 ความตายในทัศนะของศาสนาพุทธ
 - 1.4 ความตายในทัศนะของศาสนาคริสต์
 - 1.5 ความตายในทัศนะของศาสนาอิสลาม
2. ธรรมชาติของความตาย
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 3.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 3.2 ปฏิบัติการตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 3.3 อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

4. ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4.1 ความต้องการด้านร่างกาย

4.2 ความต้องการด้านจิตสังคม

4.3 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

5. ตายดีมีสุข

6. ทางเลือกการตายดี

กิจกรรมฝึกอบรม

1. นำสูบทเรียน ชี้แจงกิจกรรม
2. กิจกรรมใบงานที่ 1.1 การรู้จักความตายอย่างใกล้ชิด
กิจกรรมใบงานที่ 1.2 สำรวจความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย
3. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ “การดูแลชีวิตและการตาย”
4. ประชุมกลุ่มย่อย สรุปบทเรียน ผู้สังเกตประจำกลุ่มให้ข้อคิดเห็นในการสังเกต
5. อภิปรายกลุ่มใหญ่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
6. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ซักถาม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ
7. ทดสอบความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม

สื่อประกอบการฝึกอบรม

1. ใบความรู้ เรื่องการดูแลชีวิตและการตาย
2. Power point
3. visualize
4. flip chart
5. กิจกรรมใบงาน 1.1 การรู้จักความตายอย่างใกล้ชิด
6. กิจกรรมใบงาน 1.2 สำรวจความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการตาย
7. โทรศัพท์มือถือ

การวัดและประเมินผล

แบบวัดความรู้ก่อน-หลังฝึกอบรม แบบวัดเจตคติและแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรม
กลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรม ใบงานที่ 1.1 การรู้จักความตายอย่างใกล้ชิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ของตนและคนอื่นเป็นที่รักเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวร้าย
2. เพื่อให้ผู้รับการอบรมได้สำรวจความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับความตาย
3. เพื่อให้ผู้รับการอบรมได้กลับมาทบทวนการเตรียมรับสถานการณ์เกี่ยวกับความตาย
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความตายร่วมกัน

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และความเข้าใจของตนเองและได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับการสูญเสียและความตาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. นักศึกษา จำนวน 30 คน
2. อาจารย์วิทยากรและอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร

อุปกรณ์ที่จำเป็น

1. Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
2. สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา
3. โทรศัพท์มือถือ

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งในท่าสบาย หรือหาพื้นที่ส่วนตัว นอกจากนี้ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งพูดคุย เงียบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการใช้เสียงพูดคุย โทรศัพท์และการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

45 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
-ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
-วิทยากร ให้นักศึกษาโทรศัพท์ติดต่อพูดคุยกับบุคคลที่ตนเองรักที่สุด	10 นาที
- บันทึกความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ จากเหตุการณ์ดังกล่าว	10 นาที
- ร่วมแบ่งปันและอภิปรายกลุ่มใหญ่	15 นาที
- วิทยากร สรุปเกี่ยวกับการตายจากการอภิปราย	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

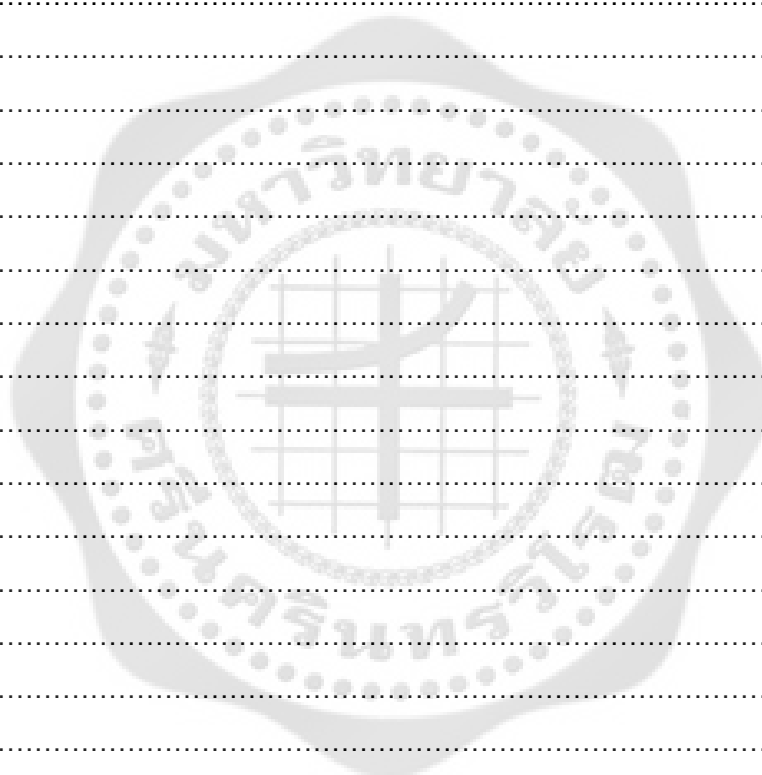
1. ชี้แจงกิจกรรม
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมโทรศัพท์ติดต่อผู้ที่ตนเองรักและห่วงหาอาทรมากที่สุด 1 ราย เปิดเสียงโทรศัพท์ให้รับฟังคำสั่งจากวิทยากรในห้องประชุม โดยเริ่มที่วิทยากรแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และเริ่มขอความร่วมมือโดยกำหนดเหตุการณ์สมมุติว่า
 - 2.1 ถ้าพบว่าท่านเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายกำลังจะจากโลกนี้ไป ท่านจะทำอะไรในเวลาที่เหลืออยู่ จะพูดอะไรกับนักศึกษาซึ่งเป็นคนที่ท่านรักและห่วงใย
 - 2.2 ถ้านักศึกษาต้องจากท่านไปในวันนี้ท่านจะรู้สึกอย่างไร ท่านอยากจะกล่าวสิ่งใดกับนักศึกษา
3. เมื่อนักศึกษาได้ฟังและสนทนาเก็บความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าวแล้ว ให้ผู้เข้ารับการอบรมนั่งสงบจิตใจ และบันทึกความในใจถึงสิ่งที่ได้รับรู้ในไปงาน
4. ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งปันความในใจกับสมาชิกกลุ่มอภิปรายข้อคิดจากกิจกรรม

ข้อสังเกต

1. กิจกรรมนี้มีความละเอียดอ่อนมาก เป็นกิจกรรมที่ทำให้ระลึกถึงการพลัดพรากและความสูญเสีย และสิ่งที่ไม่อาจเรียกกลับคืนได้ ผู้เข้ารับการอบรมอาจจะจมดิ่งกับความเศร้าโศก สะเทือนใจจนกลับคืนสู่อารมณ์ปกติได้ยาก จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมต่อจากกิจกรรมนี้ เพื่ออบรุดความเจ็บปวดและเยียวยาผู้เข้ารับการอบรมด้วย
2. การทำกิจกรรมนี้ควรมีเวลามากพอ ไม่รีบเร่ง เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก อีกทั้งเป็นโอกาสที่จะได้เรียนรู้ผ่านเรื่องราวอารมณ์และประสบการณ์ตรงของตน ซึ่งจะให้ประโยชน์มากกว่าการใช้เวลา เพื่อการอภิปรายทางความคิดหรือการบรรยายทางวิชาการ

บันทึกกิจกรรม ใบงานที่ 1.1 การรู้จักความตายอย่างใกล้ชิด

บันทึกความเข้าใจถึงสิ่งที่ได้รับรู้ ความรู้สึกจากการฟัง การพูดคุยกับบุคคลอันเป็นที่รัก ลงในสมุดบันทึก



กิจกรรม ใบบางที่ 1.2 สํารวจความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการตาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสํารวจความรู้สึกนึกคิดของตนเกี่ยวกับความตายของสังคมปัจจุบัน
2. เพื่อให้ผู้รับการอบรมได้สํารวจความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับความตาย
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมมืออภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความตายร่วมกัน

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สํารวจความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของตนเองและได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับความตาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม (กลุ่มเดิมตลอดหลักสูตร)
2. อาจารย์ประจำกลุ่ม 1 ท่าน

อุปกรณ์ที่จำเป็น

1. Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
2. สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งล้อมวงกับพื้น นอกจากนั้นขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งล้อมวงห่างกัน 1 ช่วงแขน เจียดไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

40 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
-ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ผู้รับการอบรมตอบคำถามเกี่ยวกับความตายในสมุดบันทึก (ในระหว่างตอบคำถามเปิดเพลงบรรเลง เสียงดนตรี เสียงธรรมชาติ)	5 นาที
- ประชุมกลุ่มย่อย สรุปคำตอบจากคำถามการตาย และคัดเลือกเรื่องที่	10 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่	15 นาที
- วิเคราะห์ สรุปเกี่ยวกับการตายจากการอภิปราย	5 นาที

ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงกิจกรรม ถึงความสำคัญของการเรียนรู้ เรื่อง ความตาย และการอบรมครั้งนี้เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ จึงเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมในการอบรม มิใช่เพียงการรับฟังบรรยายเท่านั้น ทุกคนได้เรียนรู้ร่วมกัน วิทยากรได้เรียนรู้จากผู้รับการอบรม และผู้รับการอบรมได้เรียนรู้จากเพื่อนๆและวิทยากร เมื่อทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ซึ่งกันและกันขอให้ทุกคนเปิดใจรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

2. ผู้เข้าอบรมใคร่ครวญและตอบคำถาม 5 ข้อ โดยวิทยากรอ่านทีละข้อและให้ผู้เข้ารับการอบรมบันทึกคำตอบลงในสมุดบันทึกของตน คำถาม คือ

2.1 ท่านคิดว่าคนในสังคมส่วนใหญ่เมื่อพูดถึงความตายเขารู้สึกนึกคิดอย่างไร

2.2 จากข้อแรกอะไรทำให้เขารู้สึกเช่นนั้น (ทั้งในแง่ตนเอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคม)

2.3 ท่านเคยทราบถึงสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นอย่างไร เพราะเหตุใดผู้ป่วยจึงมีสภาพดังกล่าว

2.4 ท่านคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใดจึงได้รับการดูแลเช่นนั้น

2.5 หากท่านสามารถเลือกการตายได้ท่านจะเลือกการตายอย่างไรที่ท่านปรารถนา

3. แบ่งกลุ่มย่อย สมาชิกอภิปรายคำตอบภายในกลุ่ม ข้อ 2.1 - 2.5 บันทึกคำตอบใน Flipchart / white board ในความคิดเห็นที่ไม่ซ้ำกัน โดยเน้นให้ทุกคนมีโอกาสดำเนินการแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และอาจารย์ประจำกลุ่มสังเกตและบันทึกในแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอกลุ่มใหญ่ อภิปรายซักถามเพิ่มเติม

บันทึก กิจกรรมใบงานที่ 1.2 สำรวจความคิดเห็นความเข้าใจเกี่ยวกับการตาย

ผู้เข้าอบรมตอบคำถาม 5 ข้อ โดยวิทยากรอ่านทีละข้อและให้ผู้เข้ารับการอบรมบันทึกคำตอบลงในสมุดบันทึกของตน คำถาม คือ

1 ท่านคิดว่าคนในสังคมส่วนใหญ่เมื่อพูดถึงความตายเขารู้สึกนึกคิดอย่างไร

.....

.....

.....

2 จากข้อแรกอะไรทำให้เขารู้สึกเช่นนั้น (ทั้งในแง่ตนเอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคม)

.....

.....

.....

.....

3 ท่านเคยทราบถึงสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นอย่างไร เพราะเหตุใดผู้ป่วยจึงมีสภาพดังกล่าว

.....

.....

.....

4 ท่านคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใดจึงได้รับการดูแลเช่นนั้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 หากท่านสามารถเลือกการตายได้ท่านจะเลือกการตายอย่างไรที่ท่านปรารถนามากที่สุด

.....

.....

.....

.....

ใบความรู้ เรื่องการดูแลชีวิตและการตาย

แม้ว่าคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าความตาย คือ ธรรมชาติของชีวิตที่ไม่มีใครหนีพ้น แต่ทุกคนมักปฏิเสธความตาย และคิดอย่างเข้าข้างตนเองว่า ความตายเป็นเรื่องที่อยู่ไกลตัว ในคนที่เชื่อว่ามีชีวิตเบื้องหลังความตาย อาจมีการเตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้า เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงจึงอาจมีความกลัวน้อยกว่าคนที่ไม่เชื่อว่ามีชีวิตหลังการตาย คนส่วนใหญ่มองว่าการตายทำให้พลัดพรากจากสิ่งที่รักและผูกพัน จึงพยายามแสวงหาวิธีการที่หลากหลายเพื่อช่วยให้มีความหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาวออกไป

พระไพศาล วิสาโล ประธานเครือข่ายพุทธิกา กล่าวว่า ทุกวันนี้คนจำนวนไม่น้อยเอาเงินเอาความสำเร็จเป็นเป้าหมาย เอาแต่เสพสุขโดยหลงลืมความตาย อยู่แบบลืมความตาย หรือบางคนนึกถึงแต่คิดว่าไหนๆ ก็ตาย ขอเสพสุขให้เต็มที่ โดยไม่ได้คิดว่าความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุดของชีวิต แต่ถ้าคนเรานึกถึงความตาย จะไม่มุ่งหาเงินทองอย่างเดียว แต่จะมุ่งสร้างคุณค่า ทำชีวิตให้มีคุณค่า มีความอ่อนโยนต่อทุกสิ่งที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าญาติมิตร ครอบครัว ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม คนส่วนใหญ่มักบอกว่าครอบครัวเอาไว้ก่อน การปฏิบัติธรรมเอาไว้ก่อน ไว้ให้มีเวลาแล้วค่อยทำ แต่หลายคนไม่ได้ทำ เพราะความตายอาจมาเมื่อไรก็ได้

ความตายจะมาเมื่อไรไม่รู้ ไม่สามารถบอกล่วงหน้าได้ แต่ถ้าระลึกถึงเรื่องนี้ จะทำให้ใช้เวลาที่มีอย่างมีความหมายมากที่สุด ใช้เวลาแต่ละนาทีไปอย่างมีประโยชน์ การเที่ยวหาความสนุกสนาน อาจไม่ใช่สิ่งสำคัญอีกต่อไป ครอบครัว การทำความดี การฝึกจิตฝึกใจ จะกลายเป็นเรื่องสำคัญกว่า การนึกถึงความตายจะทำให้คนชวนชวนในสิ่งที่เคยผิดผ่อน และปลดปล่อยในสิ่งที่เคยยึดติดหลาย คนชอบผิดผ่อนในเรื่องที่ดี การไปวัด ปฏิบัติธรรม ไปเยี่ยมเยียนพ่อแม่ บางคนชอบผิดผ่อนไว้ก่อน แต่พอรู้ว่ามียุทธกาลลดราคาเที่ยวสรรพสินค้าก็ไปกันใหญ่ เรื่องที่ไม่จำเป็นรีบเร่ง แต่เรื่องที่สำคัญผิดผ่อน หากตระหนักว่าตนอาจตายเมื่อไรก็ได้ อะไรที่สำคัญจึงควรทำเสีย แต่ในเรื่องที่ไม่ดีคนชอบยึดติดนัก ใครด่ามักจำมั่น โกรธใครเกลียดใครนี่จำแม่น มันเป็นทุกข์ยิ่งกว่าติดคุก ที่เศร้าเสียใจก็จมอยู่กับมัน แต่หากรู้เรื่องความตาย จะช่วยกระตุ้นให้รู้จักปล่อยวาง จะโกรธไปทำไม ไม่นานก็ตายจากกันแล้ว

ถ้าเข้าใจแล้วว่าความตายจะเกิดกับตนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ไม่รู้ จะทำให้ระมัดระวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ขณะเดียวกันเมื่อตระหนักว่าความตายไม่ใช่สิ่งน่ากลัวเสมอไป ความตายอาจเป็นโอกาสแห่งการยกระดับจิตใจ ก็จะกล้าเผชิญความตายมากขึ้น และผ่านพ้นความตายไปได้ด้วยใจสงบ

1. ความหมายความตาย

1.1 ความตายทางการแพทย์

ความตายทางการแพทย์มี 3 องค์ประกอบคือ

- 1) ภาวะที่หยุดหายใจ สังเกตว่ามีการหายใจอยู่หรือไม่ ถ้าไม่หายใจน่าสงสัยว่าหยุดหายใจ

2) หัวใจหยุดเต้น สังเกตจากการจับชีพจรหรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าคลื่นราบเรียบแสดงว่าหัวใจหยุดเต้นแน่นอน

3) สมอหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง สังเกตความรู้สึกตัวหรือตรวจคลื่นสมองถ้าตรวจไม่พบคลื่นสมองเลยแสดงว่าสมอหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง

ในทางการแพทย์ถือการตายของสมองเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะบางคนสมองตายแล้วทั้งๆ ที่หัวใจยังเต้นอยู่ ก็ยังสามารถเรียกว่าตายแล้วได้ เช่น คนที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงที่สมองและศีรษะจนสมองตายแต่หัวใจยังเต้นอยู่ และยังสามารถหายใจได้โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Respirator) เป็นต้น

1.2. การตายตามกฎหมาย

การตายตามกฎหมายไทยมี 2 ชนิด คือ การตายตามธรรมชาติ และการตายโดยผลของกฎหมาย

- การตายตามธรรมชาติ หมายถึง การหยุดทำงานของระบบร่างกาย 3 ระบบ ได้แก่ แกนสมองของระบบประสาทกลางต้องหยุดทำงาน ระบบไหลเวียนโลหิต (เลือด) หยุดทำงาน ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น และระบบหายใจ ได้แก่ ปอด ต้องหยุดหายใจ ซึ่งหมายความว่าคนคนนั้นไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้
- การตายโดยผลของกฎหมาย ได้แก่ บุคคลที่ศาลสั่งให้เป็นคน “สาบสูญ” โดยมากคนๆ นั้น ต้องสูญหายไปโดยไม่มีผู้ใดพบเห็นอย่างน้อย 5 ปี และญาติทำการร้องขอต่อศาลให้ศาลสั่งให้เป็นคนสาบสูญ ซึ่งมีสภาพเท่ากับคนที่ตายไปแล้วนั่นเอง ทำให้ทายาทสามารถรับมรดกของผู้ที่ศาลสั่งให้ตายทางกฎหมายนี้ได้

1.3 ความตายในทัศนะของศาสนาพุทธ

พุทธศาสนา ถือว่าการหมดลมหายใจเป็นเพียงการตายทางกายภาพ แต่ยังไม่นับว่ากระบวนการตายสิ้นสุดลง เพราะจิตยังทำงานอยู่ ดังนั้น หลังหมดลมยังต้องรอให้การแตกดับทางจิตสิ้นสุดลงด้วย จึงจะถือว่าการตายนั้นสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติธรรมในขั้นสูงจะสามารถประคองจิตอยู่ในภวะนั้นจนสามารถนิพพานได้

ในทางพุทธศาสนาอธิบาย ภาวะใกล้ตาย หมายถึง การแตกดับทางกายและทางจิตวิญญาณ การแตกดับทางกาย หมายถึง การเสื่อมสลาย ของธาตุ 4 คือ

การแตกดับของธาตุดิน - กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหี่ยวยุบ ผอม มองไม่เห็น

การแตกดับของธาตุน้ำ - น้ำตาเยิ้ม มีเสลดมาก ตาแห้ง ผิวหนังแตกแห้ง คอแห้ง

การได้ยินลดลง

การแตกดับของธาตุไฟ - อุณหภูมิในร่างกายลดลง เย็นลง การได้กลิ่นลดลง

การแตกดับของธาตุลม - หายใจเหนื่อย หอบ หายใจติดขัด สัญญาณชีพไม่ทำงาน

ภาวะทางจิตวิญญาณในทางศาสนานั้น เมื่อผู้ป่วยหมดลมแล้วก็ยังไม่ถือว่าตาย ต้องมีการแตกดับทางจิตก่อน เรามักได้ยินว่าผู้ป่วยใกล้ตายมักเห็นภาพเรื่องราวในอดีตที่ฝังใจหรือทำบ่อยทั้งที่เป็นกุศลและอกุศล ซึ่งเรียกว่า กรรมนิมิต จากนั้นคตินิมิตก็จะปรากฏตามมา คตินิมิตจะเป็นนิมิตที่บอกภพภูมิที่จะไปเกิดใหม่ ซึ่งขึ้นกรรมที่ทำไว้ในชีวิต จิตสุดท้ายก่อนตายนั้นสำคัญมากเป็นพลังที่จะเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาสในการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (ปล่อยวาง สามารถหลุดพ้นได้)

1.4 ความตายในทัศนะของศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้า ตลอดช่วงการดำเนินชีวิต พระเจ้าจะให้ปัจจัยที่จะดำเนินชีวิตด้วยความดีไว้ให้ นอกจากนี้ยังเชื่อในเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ซึ่งพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่คนจะก้าวไปสู่โลกที่สมบูรณ์กว่าชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น คาทอลิกจึงมีทัศนะต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ดังนั้น จึงต้องดูแลช่วงเวลานี้ ดูแลวิญญาณให้ไปสู่ความเป็นอมตะนิรันดร์ คาทอลิกให้ความสำคัญกับช่วงเวลาก่อนตายไม่น้อยกว่าเวลาที่มีชีวิต ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่คนจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ ฉะนั้นจึงไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด เพราะคนสามารถเปลี่ยนความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และน้ำตา เป็นกุศลได้เพราะฉะนั้นทุกเวลาของชีวิตจึงต้องให้โอกาสเขาได้เรียนรู้ที่จะทำเช่นนี้ ทุกสัปดาห์ทุกคนจึงต้องไปโบสถ์เพื่อรับศีลและฟังคำสอนเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ เพื่อการดำเนินชีวิตด้วยความดีตลอดเวลา

1.5 ความตายในทัศนะของศาสนาอิสลาม

หลักศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้า(อัลลอฮ์) เป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นในโลก โดยกำหนดเวลาเกิด เวลาตายไว้ให้แล้ว มนุษย์มีหน้าที่ต้องเคารพศรัทธา สักการะอัลลอฮ์ด้วยการทำความดี ความตายจึงไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้าที่สุขสบายกว่า ยิ่งยืนกว่า ศาสนาอิสลามจึงสอนให้มนุษย์ระลึกถึงความตายอยู่เสมอ จะได้ทำแต่ความดีและอดทนต่อความทุกข์ ความเจ็บป่วยที่ผ่านเข้ามา เพราะนั่นเป็นเพียงบททดสอบถึงความศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า ผู้ที่ท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิตพึงระลึกไว้เสมอว่าพระเจ้าเป็นที่พึ่งและทรงมีเมตตาให้อภัยมนุษย์เสมอ ดังนั้น มนุษย์จึงควรทำความดีเพื่อจะได้ใช้ชีวิตในโลกหน้าอย่างมีความสุข

2. ธรรมชาติของความตาย

การที่คนเราควรจะหันมาสนใจในเรื่องของความตาย ไม่ใช่เรื่องต้องรอเวลา เพราะว่าความตายไม่ใช่เรื่องที่อยู่ไกล แต่อยู่กับเราทุกขณะจิต “ทางทิเบตเขามีภาชิตอันหนึ่งที่น่าสนใจมาก เขาบอกว่า ระหว่างพຼຸ່ງนี้กับชาติหน้าไม่มีใครรู้หรือกว่าอะไรจะมาถึงก่อน อย่าคิดว่าชาติหน้าอยู่ไกล บางทีชาติหน้าอาจมาถึงก่อนวันพຼຸ່ງนี้ก็ได้ เพราะฉะนั้นถ้าเราตระหนักตรงนี้ได้ เราจะรู้ว่าการความตายมันสามารถเกิดขึ้นกับเราได้ตลอดเวลา ดังนั้น จะต้องเตรียมตัวเตรียมใจตั้งแต่เดี๋ยวนี้ ประการแรก เราพร้อมที่จะตายหรือยัง เราได้ทำความดี ทำหน้าที่จนเรา มั่นใจว่าเราพร้อมจะตายได้หรือยัง และสองหากเราจะต้องตาย เราพร้อมที่จะปล่อยวางสิ่งต่างๆหรือเปล่า ไม่ว่าจะเป็นการงาน ทรัพย์สิน เงินทอง สามี ภรรยา ลูกหลาน เป็นต้น ถ้าเรายังไม่พร้อมทำใจปล่อยวางไม่ได้ รู้สึกว่ายังมีอะไรที่ยังทำไม่เสร็จ ก็ยังต้องรีบขวนขวานทำสิ่งนั้นให้เสร็จอย่าผัดผ่อน” ถ้าเราทำสองอย่างนี้ได้ คือ สามารถปล่อยวางในสิ่งที่ชอบ ที่ยึดติดและขวนขวายทำในสิ่งที่เราชอบผัดผ่อน แสดงว่าเราได้เตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับความตายได้

พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง ความเข้าใจธรรมชาติของความตาย ดังนี้

2.1 ความตายเป็นทั้งความแน่นอน และความไม่แน่นอนไปพร้อมๆกันที่แน่นอน คือ ทุกคนต้องตาย แต่ที่ไม่แน่นอน คือ ไม่ทราบว่าจะตายเมื่อไร ที่ไหน ด้วยโรคอะไร

2.2 ความตายเป็นทั้งจุดเริ่มต้นและสิ้นสุด ทางพุทธศาสนา กล่าวว่า มีสิ่งหนึ่งที่สืบเนื่องต่อไปจากความตาย อาจเป็นชีวิตใหม่ ภพใหม่ หรืออาจจะหมายถึงสิ่งที่มากกว่านั้น ดังนั้น ความตายไม่ใช่เป็นจุดสิ้นสุดอย่างเดียวแต่อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นด้วย

2.3 ความตายเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้น จึงไม่ควรคิดว่า ชีวิตกับความตายแยกจากกัน หรือชีวิตเริ่มเมื่อเกิดและตายเมื่อหมดลม แต่พระพุทธศาสนากล่าวว่า ความตายมีอยู่ในความมีชีวิต พิจารณาง่ายๆ เช่น ในขณะที่เราหายใจอยู่เซลล์ในร่างกายตายวันละห้าหมื่นล้านเซลล์ ความตายจึงมีอยู่ตลอดเวลาในระดับเซลล์และเนื้อเยื่อ

2.4 ความตายเป็นทั้งวิกฤตและโอกาส กล่าวคือ เป็นวิกฤตทางกาย และเป็นโอกาสทางจิตวิญญาณ พระพุทธศาสนาเชื่อว่าแม้ในภาวะที่ใกล้ตาย ยังมีโอกาสที่จะไปสู่ความหลุดพ้นหรือนิพพานได้ หรือแม้จะไปไม่ถึง แต่อาจยกระดับจิตวิญญาณให้สูงขึ้นได้ เช่น ได้ค้นพบชีวิต ค้นพบตัวเอง ได้สัมผัสภาพที่ดีกับครอบครัวคืนมาได้ให้อภัยและคืนดีกับที่ที่เคยขัดแย้ง เป็นต้น

2.5 ความตายมีทั้งมิติทางกายภาพและทางจิตวิญญาณ ในทางพุทธศาสนา ถือว่าการหมดลมหายใจเป็นเพียงการตายทางกายภาพ แต่ยังไม่นับว่ากระบวนการตายสิ้นสุดลง เพราะจิตยังทำงานอยู่ ดังนั้น หลังหมดลมยังต้องรอให้การแตกดับทางจิตสิ้นสุดลงด้วย จึงจะถือว่าการตายนั้นสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติธรรมในขั้นสูงจะสามารถประคองจิตอยู่ในภavnนั้นจนสามารถนิพพานได้

2.6 การประคองรักษาจิตให้สงบเป็นปกติท่ามกลางสภาพความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานนั้นเป็นไปได้ โดยผู้ป่วยสามารถฝึกจิตเองหรืออาจอาศัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อด้วย การตายที่ดีทางพระพุทธศาสนาไม่ใช่ตายอย่างไร สภาพแบบไหน แต่อยู่ที่สภาพจิตก่อนตายว่าเป็นอย่างไร การตายดีในสายตาคนทั่วไป อาจหมายถึงตายโดยไม่รู้สึกเจ็บ ตายในขณะที่นอนหลับ หรือตายสวย ร่างกายไม่มีบาดแผล แต่ตายดีทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การที่เราสามารถประคองจิตให้เป็นปกติได้แม้จะตายในสภาพทุกข์ทรมานก็ตาม

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามถึงชีวิต ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่า ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือรอดชีวิต จุดมุ่งหมายของการดูแลเพียงเพื่อประคับประคองอาการ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ในฐานะบุคคลที่ต้องการความเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

พระไพศาลจึงเชื่อว่า จิตเป็นคนละส่วนกับสมอง ในภาวะที่สมองหยุดทำงานหรือไม่ทำงานตามปกติ จิตยังสามารถรับรู้ แต่อาจไม่ชัดเจนเท่าในยามปกติ และไม่อาจบัญชาให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกได้ ดังนั้น คำพูดหรือการกระทำของคนรอบตัวผู้ป่วยยังสามารถส่งผลทั้งในทางบวกและลบต่อผู้ป่วยได้ แพทย์ พยาบาล และญาติ จึงควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่หมดสติประหนึ่งคนปกติ

3.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการในหลายๆ ด้าน เป็นผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในสถานการณ์เฉพาะระหว่างความเป็น (การมีชีวิตอยู่) กับความตาย (living-dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะนำมาซึ่งความตาย ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่สุดในชีวิต เป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงการปรับตัวต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรค ตั้งแต่เริ่มรับรู้วินิจฉัยไปจนถึงระยะสุดท้าย ซึ่งแบ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธและแยกตัว (decline and isolation) เกิดขึ้นเมื่อรับรู้เกี่ยวกับความตายของตนเอง เป็นวิธีการจัดการกับความไม่สบายและสถานการณ์ที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยจะตกใจและซีด เนื่องจากเตรียมใจไม่ทัน การปฏิเสธเป็นกลไกอย่างหนึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับทราบการวินิจฉัยโรค โดยผู้ที่แจ้งไม่ได้ทำความเข้าใจผู้ป่วยอย่างเพียงพอหรือแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบเร็วเกินไป ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับความจริง จะมีความคิดว่า “ไม่ใช่ตัวเรา” “ไม่ใช่เรื่องจริง” โดยทั่วไประยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และจะค่อยๆ ยอมรับได้ที่ละน้อย แต่บางรายก็จะอยู่ในระยะนี้จนนาทีสุดท้ายของชีวิต

2. ระยะโกรธ (anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ ลักษณะที่เด่นชัดของผู้ป่วยระยะนี้ คือ ความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดต่อตัวเองและคนที่อยู่รอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ ปฏิเสธยาและอาหาร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีคำตำหนิตายเียนครอบครัว แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ และคิดว่า “ไม่ยุติธรรม” ที่ตนเองกำลังจะสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต

3. ระยะต่อรอง (bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวังเพื่อยืดเวลาที่จะมีชีวิตยืนยาวออกไปอีก โดยการปฏิบัติตนหรือเลิกการกระทำบางอย่าง มีการทำพิธีทางศาสนาที่ตนเคารพนับถือ และทำการบนบานศาลกล่าวต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์

4. ภาวะซึมเศร้า (depression) การแสดงออกที่เด่นชัดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยอมรับการตาย คือ การถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก จะซึมเศร้า ไม่พูดจา นอนไม่หลับ ร้องไห้คนเดียวผู้ที่ให้การดูแลต้องเข้าใจถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่ต้องการ พร้อมที่จะให้การดูแลอยู่ห่างๆ ทำตัวเป็นเพื่อนและเสนอตัวเมื่อผู้ป่วยต้องการ

5. ภาวะยอมรับ (accept) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสีย ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นด้วยอารมณ์สงบ เข้าใจว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต พร้อมทั้งจะพักผ่อนและเตรียมตัวเพื่อการจากไป ซึ่งช่วงเวลานี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่จะอยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยบางคนต้องการคนที่เข้าใจมานั่งข้างๆ โดยไม่ต้องพูดสิ่งใด ควรใช้สายตาและการสัมผัส ในการสื่อสารกับผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดในช่วงนี้ คือ การถูกทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

การปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 5 ระยะนี้ อาจไม่เป็นตามลำดับ อาจเกิดย้อนกลับไปกลับมาในแต่ละระยะ อาจเกิดเลื่อมล้ำกันหรือเกิดขึ้นพร้อมกัน ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการแสดงออกถึงการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป พยาบาลจึงต้องยอมรับ เข้าใจ ให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความใส่ใจ เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร ให้เกียรติและให้ความเคารพทั้งต่อผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ

3.3 อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต

โดยทั่วไปก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต การทำงานของอวัยวะรับรู้ต่างๆ จะเริ่มสูญเสียการทำงานตามหน้าที่ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกหิวอาหารและไม่หิวน้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่รับประทานอาหารเลย การกลืนก็อาจทำได้ลำบาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงอย่างมาก จะนอนอยู่ตลอดเวลาเคลื่อนไหวได้น้อยลง สิวผดขึ้น ปากแห้ง ตาแห้ง คางตก หายใจติดขัดมีเสียงดัง เริ่มไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยบางรายอาจจากไปอย่างสงบ แต่บางรายอาจมีอาการปวด ทรมาน หายใจลำบาก หรือมีกล้ามเนื้อชักกระตุก

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.1 การสูญเสียความอยากอาหาร

ในระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยจะไม่มี ความอยากรับประทานอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากร่างกายไม่สามารถที่จะย่อยสารอาหาร เพื่อเป็นพลังงานที่จะนำไปใช้ได้ต่อไป โดยทั่วไปผู้ดูแลมักจะวิตกกังวลกับการที่ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหาร เนื่องจากเข้าใจว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรง ผู้ดูแลมักขอร้องให้แพทย์ให้สารอาหาร ไม่ว่าจะให้ทางสายยางหรือให้น้ำเกลือ การให้อาหารทางสายยางอาจทำให้มีท้องอืด เนื่องจากระบบการย่อยอาหารไม่สามารถทำงานได้ อาจอาเจียนหรือสำลักอาหารได้ ผู้ป่วยมักไม่หิวน้ำ อาจจิบน้ำเพียงเล็กน้อยหรือไม่ดื่มน้ำเลย

ในระยะสุดท้าย ไตของผู้ป่วยจะเริ่มไม่ทำงาน มีปัสสาวะลดลง การให้น้ำเกลืออาจทำให้มีภาวะน้ำคั่ง ทำให้มีน้ำท่วมในปอด มีเสมหะมาก ทำให้หายใจลำบาก ภาวะขาดน้ำจึงเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการให้สารน้ำเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีอาการปากและตาแห้ง จึงควรดูแลทำความสะอาดปากและหาลิปสติกทาปากไม่ให้แห้ง ส่วนตาควรหยอดน้ำตาเทียม

1.2 การสูญเสียความสามารถในการพูดและการมองเห็น

ในระยะสุดท้ายการพูดและการมองเห็นเป็นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกที่จะสูญเสียไปก่อน ผู้ป่วยจะสูญเสียการสื่อสาร มองสิ่งต่างๆ อย่างไม่มีความหมาย ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่รู้อะไรแล้ว แต่ความจริงผู้ป่วยบางราย อาจมีประสาทรับฟังทำงานได้อยู่ และสามารถรับรู้สิ่งที่คนรอบข้างพูดคุย การดูแลจึงไม่ควรร้องให้ หรือพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือก่อให้เกิดความกังวลหรือความหวั่นไหว ผู้ดูแลและญาติพี่น้องไม่ควรร้องให้พึมพำ ควรพูดคุยแต่สิ่งที่ดีๆ เช่น ความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อผู้ป่วย

1.3 การสูญเสียการได้ยินและประสาทสัมผัส

การได้ยินและประสาทสัมผัสจะเป็นอวัยวะส่วนรับรู้ความรู้สึกที่เสียไปหลังสุด การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงควรเป็นการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบาย โดยใช้สัมผัส การลูบคลำ การนวด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

1.4 อาการสับสนกระสับกระส่าย

อาจเกิดจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น ความปวดที่ควบคุมไม่ได้ จึงไม่ควรหยุดยาแก้ปวดทันที กรณีได้ยาแก้ปวดอยู่อาจเพิ่มขนาดให้ผู้ป่วยลดความกระสับกระส่าย แต่อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม การมีปัสสาวะหรืออุจจาระ ซึ่งอาจจำเป็นต้องช่วยสวนปัสสาวะหรืออุจจาระ

บางกรณี อาการกระสับกระส่ายอาจเกิดจากความกลัว หรือยังมีความค้างคาใจที่ยังไม่ได้รับการจัดการ จึงควรพิจารณาถึงสาเหตุให้ถี่ถ้วน และให้การดูแลแก้ไขที่สมควรแก่เหตุ ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ แพทย์จึงอาจให้ยาระงับประสาท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงเป็นทางเลือกท้ายๆ

1.5 อาการอื่นๆ ในผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต

ในขณะที่ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกตัวไป จะเริ่มมีอาการหายใจเสียงดัง การกลืนเป็นไปอย่างยากลำบาก คางตกลอยลง อาการหายใจเสียงดังมักไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่มักทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล เกรงว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน การดูแลภาวะหายใจเสียงดัง ควรจัดท่านอนตะแคง ซึ่งจะช่วยให้การหายใจเสียงดังลดลง แล้วใช้ผ้าชุบน้ำลายหรือเสมหะที่ข้างกระพุ้งแก้ม หรือดูดเสมหะที่อยู่กระพุ้งแก้มออก ไม่จำเป็นต้องดูดเสมหะในลำคอออก เพราะนอกจากจะไม่ช่วยลดอาการแล้ว ยังกลับทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น

การให้สารน้ำจำนวนมากในระยะสุดท้ายที่การทำงานของไตผู้ป่วยบกพร่อง อาจเป็นผลเสียมากกว่าผลดี โดยเฉพาะการให้น้ำเกลือ อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะบวม น้ำ และมีเสมหะมากขึ้น การให้น้ำเกลือในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จึงเป็นผลเสียมากกว่าผลดี เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

เมื่อมีความเจ็บป่วยย่อมมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจทุกคน เมื่อเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความตาย จึงยังมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยทุกคน จะมากขึ้นน้อยขึ้นอยู่กับสภาพทางร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอง

ความกังวลที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1. กลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือ กลัวที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
 2. กลัวความรู้สึกที่ไม่ดี กลัวจะดูไม่ดี ต่ำหนิตัวเองหรือโทษตัวเอง
 3. กลัวเรื่องการบาดเจ็บหรือความเจ็บปวด
 4. กลัวการถูกทอดทิ้ง ถูกโดดเดี่ยว
- การกลัวต่อความตายโดยทั่วไปแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

- **กลัวต่อความตายโดยตรง**

กลัวการจากไป ไม่รู้ว่าจะไปอยู่ในสภาพใด ที่ไหน สูญเสียทุกสิ่งที่มีอยู่ ต้องจากคนที่รักไป ซึ่งถ้าเป็นผู้ป่วยที่เข้าใจในเรื่องชีวิตหลังความตายแล้ว เขาจะกลัวน้อยลงหรือไม่กลัวเลย ตรงกันข้ามอาจมีความสุขที่จะได้ไปพบกับพระผู้เป็นเจ้าตามความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยแต่ละคน

- **กลัวต่อกระบวนการก่อนที่จะไปสู่การตาย**

ได้แก่ ความเจ็บปวด ความพิการ การสูญเสียอัตลักษณ์ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า สิ่งที่คนใกล้ตายกลัวมากที่สุด คือ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการถูกโดดเดี่ยว เขาจึงต้องการใครสักคนที่อยู่เคียงข้าง ยิ่งถ้าเป็นคนที่เขารัก คนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องจะดีมาก ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้พูดคุย และรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา รวมทั้งประคับประคอง ให้กำลังใจ และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ก็ให้เข้าใจว่าเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดจากภาวะความเครียดหรือภาวะวิกฤต แต่ในบางรายอาจเป็นมาจนกระทั่งเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบบ่อยและมีความสำคัญ คือ โรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยอาจคิดหรือฆ่าตัวตายได้ ในกรณีเช่นนี้ควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อบำบัดรักษา

4. ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พฤติกรรมก่อนตายในแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอายุ สภาพร่างกายขณะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการคิด อารมณ์ การเผชิญปัญหา แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ ศาสนาและความเชื่อ

4.1 ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ จะไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงด้วย ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังนี้

1. ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาดของผิวหนัง ผมและภายในปาก ความสะอาดของร่างกายจากอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้น แต่การไหลเวียนของโลหิตต่ำลง ผิวหนังจะเย็นและมีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยต้องการความสบาย

2. ต้องการพ้นจากความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคจะเจ็บปวดมาก การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเป็นครั้งคราวตามความรุนแรง ปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะไม่ได้ช่วยควบคุมความเจ็บปวด แต่กลับเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับผู้ป่วยและบุคลากรรอบข้าง จึงควรให้ยาควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเลย หรือให้เจ็บปวดน้อยที่สุด

3. ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การดูแลในเรื่องการคั่งค้างของเสมหะ การให้ออกซิเจน การจัดทำนอน เพื่อให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง และได้รับออกซิเจนเพียงพอ

4. ต้องการได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เริ่มเสีย การทำงานของระบบประสาทเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และในการเคลื่อนไหว

5. ต้องการการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง อาจขาดน้ำและอาหาร เกิดแทรกซ้อนและผลกดทับได้ง่าย

6. ต้องการการดูแลในเรื่องระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป อาจมีอาการท้องผูก หรือกลั้นปัสสาวะ อูจาระไม่ได้ หรือปัสสาวะคั่งได้ง่าย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือและทำความสะอาด เพื่อก่อให้เกิดความสบายและปราศจากกลิ่นรบกวน

7. ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8. ต้องการได้รับการประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา การมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสจะลดลงด้วย

4.2 ความต้องการด้านจิตสังคม

ความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีดังนี้

1. ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วย การปิดบังเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และอาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ไว้วางใจแพทย์และพยาบาลได้

2. ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกว่าตนเองในสถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ความสมดุลระหว่างความเป็นอิสระและการพึ่งพา ต้องคงไว้สำหรับผู้ป่วยนานเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการตัดสินใจ การให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจและสามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของเขา การให้ผู้ป่วยมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม การไม่ชอบที่ใด ต้องการให้ใครมาเยี่ยมบ้าง ต้องการรับประทานอาหารชนิดใดและเวลาใด เป็นต้น พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี และช่วยประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน

3. ต้องการความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทักษะในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความตาย

4. ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ บ่อยครั้งมักพบว่าโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มไปด้วยความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกแยกและรู้สึกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่าในการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น

5. ต้องการได้รับความช่วยเหลือและพัฒนาทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะต่างๆ ของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะในระยะปฏิเสธ โกรธ และซึมเศร้า

6. ต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ญาติและบุคคลที่รัก สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วย คือ ความสูญเสียและความเศร้าโศก ญาติจะเจ็บปวด วิตกกังวล ท้อแท้และอาจก้าวร้าวกับพยาบาล พยาบาลจึงต้องคำนึงช่วยเหลือญาติและครอบครัว สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาเศร้าโศกของครอบครัวและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

4.3 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึง การมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ให้ความรู้สึกที่ติดตรึงฝังแน่นอยู่ภายในส่วนลึกๆ ของจิตใจภายในบุคคล ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ดังนี้

1. ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต จากการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยตะเกียกตะกายที่จะค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่พบความหมายของชีวิต ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทรมาน สับสน คับแค้นใจ คิดว่าทำไมโรคภัยจึงเกิดขึ้นกับตน ตลอดชีวิตที่ผ่านมาทำดีเพื่ออะไร เกิดมาทำไม เกิดมาแล้วก็ต้องตาย ตายแล้วไปไหน อะไรเป็นเป้าหมายของชีวิต และใครเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถหาคำตอบได้ ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ไปทำไม ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตายหรือปฏิเสธความตายจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต

2. ต้องการความรัก ความรักที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการคือความรักแบบไม่มีเงื่อนไข เพราะในสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยประสบนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความรักตอบแทนผู้อื่นได้ ผู้ป่วยเป็นฝ่ายได้รับความรัก และต้องการแสดงออกถึงความรักที่ตนมีต่อผู้อื่นตามสภาวะที่พึงปฏิบัติได้

3. ต้องการได้รับการอภัย บุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จะเริ่มตระหนักว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยจะคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาในอดีตซึ่งมีทั้งประสบการณ์สำเร็จและไม่สมหวังหรือล้มเหลว มีทั้งการประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางราย

อาจมีความรู้สึกผิดเกิดขึ้น และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจมีผลมาจากตนเองที่ไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างดี หรือเป็นเพราะเคราะห์กรรมที่เคยกระทำแต่ปางก่อน สิ่งทั้งหลายเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจและเศร้าหมอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเองและจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

4. ต้องการมีความหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ความหวังเป็นสิ่งเดียวที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายได้ ดังนั้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตตลอดเวลา ซึ่งความหวังไม่ใช่ความหวังที่จะหายจากโรค แต่เป็นความหวังที่จะได้รับการดูแลอย่างดี หวังที่จะได้รับการตอบ สนองความต้องการของตน หวังจะบรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่คาดหวังไว้และในผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนาของตนก็ต้องมีความหวังในโลกหน้า โดยหวังว่า เมื่อตายไปแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขในสวรรค์หรือภพหน้า

5. ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนจะสิ้นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนต้องการได้สัมผัสความสงบภายใน ไม่มีการรบกวนใดๆ ที่กระทำกับผู้ป่วยก่อนวิญญูณของเขาจะจากร่างกายไป เพราะในขณะนี้ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นเสียงดังหรือเสียงแผ่วเบา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าจิตกำลังแยกออกจากร่างกาย ความรู้สึกนี้ไม่ขึ้นกับประสาทสัมผัสทางกายอีกแล้ว แต่เป็นความรู้สึกสงบสุขกับประสบการณ์ใหม่และจะไม่มีความรู้สึกเจ็บป่วยอีกเลย

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการดูแลแบบองค์รวมในฐานะมนุษย์ที่ประกอบไปด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งออกจากกันได้ แม้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพหมดหวังจากการรักษาให้มีชีวิตรอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ฉะนั้นพยาบาลไม่ควรทอดทิ้งหรือมุ่งตอบสนองแต่ความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามสภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความล้มเหลวในการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งกำลังอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยได้มากกว่านี้อีกแล้ว ทำให้พยาบาลบกพร่องหรือละเลยต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. ตายดีมีสุข

คนเรามักไม่ค่อยนึกถึงความตายของตนเท่าใดนัก แต่เมื่อใดที่นึกถึงก็อยากให้ตัวเอง "ตายดี" ซึ่งส่วนใหญ่ หมายถึง ตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมานทรมาย ไม่น่าเกลียด ไม่มีใครมาทำให้ตายหรือตายเพราะอุบัติเหตุ ความตายที่พึงปรารถนายั้งรวมถึง ความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูล

อย่างไรก็ตามยังมีองค์ประกอบอีกประการหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง นั่นคือ องค์ประกอบหรือสภาวะทางจิตวิญญาณ ได้แก่ สภาวะจิตที่สงบโปร่งเบาเพราะได้ปล่อยวางทุกสิ่ง ไม่มีอะไรเป็นภาระให้ต้องห่วงกังวล น้อมรับทุกอย่างในวาระสุดท้ายโดยไม่ปฏิเสธผลักไส ไม่หวาดกลัวต่อความตาย นอกจากเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมดาแล้ว ยังรู้จักใช้ความตายให้เกิดประโยชน์ในทางจิตวิญญาณด้วย

การตายแบบไม่รู้ตัว เช่น ตายในขณะหลับ หรือหมดสติและตายไปอย่างกะทันหัน แม้จะเป็นการตายที่ไม่เจ็บปวดหรือทรมาน แต่จะเรียกว่าตายดีไม่ได้หากวาระสุดท้ายของผู้ตายอยู่ในอารมณ์ที่หม่นหมอง เนื่องจากกำลังฝันร้ายหรือครุ่นคิดในเรื่องที่เป็นอกุศล เช่น โทสะ พยาบาท หรือเศร้าโศก ในทำนองเดียวกันแม้จะอยู่ท่ามกลางญาติมิตร แต่หากตายไปในขณะที่ยังห่วงกังวลลูกหลานวิตกกังวลกับภาระที่ยังไม่แล้วเสร็จ หรือมีเรื่องค้างคาใจกับใครบางคนอยู่ ก็ยังไม่เรียกว่าผู้ตายดี เพราะเป็นการตายที่ยังมีความทุกข์อยู่ และหากเชื่อในเรื่องภพภูมิหลังตาย การตายในสภาวะจิตเช่นนั้นย่อมมีทุกติเป็นเบื่องหน้า จะนานเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับความดีหรือความชั่วที่ได้กระทำไว้ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่

ในทางตรงข้าม แม้จะเผชิญกับความเจ็บปวดที่แผดเผาไหม้ร่างกาย ห่างไกลจากคนรัก โดดเดี่ยวไร้ญาติมิตร แต่หากสามารถประคองจิตให้เป็นปกติ มีสติรู้ตัว หรืออยู่ในภาวะที่เป็นกุศลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีอะไรเป็นภาระในจิตใจเพราะปล่อยวางไปหมดทุกสิ่ง การตายเช่นนั้นย่อมจัดว่าเป็นการตายดี เพราะนอกจากจะจากไปโดยไม่ทุกข์ใจแล้ว ยังจะนำไปสู่สุคติอีกด้วย มีคนจำนวนไม่น้อยที่แม้จะถูกโรคร้ายกัดกินร่างกาย เช่น มะเร็ง หรือเอดส์ แต่ก็สามารถรักษาใจให้เป็นปกติได้ ความเจ็บปวดทำร้ายได้แค่ร่างกาย แต่ไม่สามารถย่ำยีจิตใจได้ บางคนใช้สมาธิภาวนาระงับความเจ็บปวด โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดแต่อย่างใด และในที่สุดก็จากไปอย่างสงบ

การตายอย่างสงบนั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนควรมีโอกาสเข้าถึง ไม่เว้นแม้กระทั่งฆราวาสหรือคนธรรมดาสามัญ สภาพแวดล้อมมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้เราตายอย่างสงบได้ แต่ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ การฝึกฝนพัฒนาตน ไม่ใช่แต่เฉพาะเวลาใกล้ตายเท่านั้น หากต้องทำไปทั้งชีวิต การดำเนินชีวิตอย่างถูกทำนองคลองธรรมและหมั่นสร้างความดีอยู่เสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เราเผชิญความตายได้อย่างสงบ อานิสงส์ประการหนึ่งของกายาวาจาและใจที่สุจริตก็คือ ช่วยให้เราไม่หลงตาย หรือลืมสติเวลาตาย ปัจจัยสำคัญประการต่อมาก็คือ การฝึกฝนอบรมจิตด้วยสมาธิภาวนา เพื่อประคองจิตให้มีสติ อย่างต่อเนื่อง พร้อมเผชิญกับทุกข์เวทนาและอาการต่าง ๆ ที่มากระทบอย่างรู้เท่าทัน แม้ทุกข์เวทนาทางกาย ตลอดจนความพลัดพรากจากของรักเป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยง แต่เราสามารถรักษาจิตมิให้ทุกข์เวทนาและความเศร้าโศกมาครอบงำได้

6. ทางเลือกของการตายดี

ฮอสพิซ (Hospice) เป็นคำเรียกสถานที่พักพิงและดูแลผู้ป่วย ฮอสพิซแห่งแรกก่อตั้งขึ้นที่นครเยรูซาเล็ม โดยคณะอัศวิน Knights Hospitaller ในปี พ.ศ. 1551 (ค.ศ. 1080) ถือกันว่าเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลในสมัยต่อมาด้วย ต่อมาในคริสต์ศตวรรษที่ 19 ได้เกิดฮอสพิซอีกลักษณะหนึ่งขึ้นที่ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา ซึ่งเน้นขอบเขตการดูแลให้แคบลง เป็นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย แต่ยังคงดำเนินการโดยบุคลากรในคริสต์ศาสนา ส่วนสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างที่เราเข้าใจกันในปัจจุบัน เพิ่งจะเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้เอง

ความเคลื่อนไหวและแนวโน้มของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในปัจจุบัน จากรายงานขององค์การสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลประคับประคองแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยที่เลือกเข้ารับการดูแลด้วยวิธีการดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 25,000 คน ในปี พ.ศ. 2525 เป็น 1,450,000 คน ในปี พ.ศ. 2551 (เพิ่มขึ้นมา 58 เท่าตัว ภายในเวลา 25 ปี) และจำนวนผู้เข้ารับการบริการในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 58 ของจำนวนคนตายทั้งหมดในปีนั้น นับเป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงแนวโน้มที่คนจะเลือกตายอย่างสงบมากกว่าจะดิ้นรนเพื่อยืดชีวิตของตนเองออกไป

การดูแลที่เน้นตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหัวใจ ได้ขยายพื้นที่เข้าไปในวงการแพทย์ กระแสหลักเกินกว่าครึ่งแล้ว จึงน่าจะถึงเวลาที่สังคมไทยต้องขยับก้าว ในการพิจารณาทางเลือกของการตายดีในรูปแบบฮอสพิซ และการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นมากกว่าเดิม

ความเคลื่อนไหวของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย

ในสมัยที่การแพทย์สมัยใหม่ยังเข้าไม่ถึง โดยมากคนไทยจะตายกันที่บ้าน แวดล้อมด้วยคนที่รักและรู้จักมักคุ้นกันอยู่แล้ว แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปจนคนไทยไม่สามารถจะดูแลความเจ็บป่วยกันเองได้อีกต่อไป ผู้คนจึงไปตายในโรงพยาบาลมากขึ้น ถึงแม้ว่าคนยากจนที่เข้ารับการรักษามิได้จะยังคงตายกันที่บ้านอยู่ แต่ไม่ได้หมายความว่า เขาจะได้รับการดูแลด้วยแนวคิดแบบฮอสพิซจนกระทั่งตายไป

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยในยุคแรก โดยมากเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ก่อตั้งโดยศาสนาต่าง ๆ เช่น บ้านกลารา ของคณะนักบวชฟรานซิสกัน ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2536 วัดพระบาทน้ำพุที่ริเริ่มโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้น ต่อมาในราวปี พ.ศ. 2540 เครือข่ายของคลังปัญญาอาวูโสได้พยายามเคลื่อนไหวผลักดันเรื่องดังกล่าวให้เป็นประเด็นในสังคมไทยแต่ไม่เป็นผล และเริ่มมีสถานดูแลผู้ป่วยเอกชนที่ใช้หลักการแบบฮอสพิซ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น สุขเวช เนอสซิ่งโฮม ซึ่งเปิดทำการในราวปี พ.ศ. 2541 และในเวลาใกล้เคียงกันได้มีการริเริ่มโครงการด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์บางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ เป็นต้น

แม้จะเห็นได้ถึงความเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่พอเพียงสำหรับการเป็นพลังให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางขึ้นมาได้ บางทีสถานการณ์อาจเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะช่วยเร่งเวลาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จากการที่โรคบางอย่าง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ได้ขึ้นมาเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกๆ ของประเทศในปัจจุบัน คงจะทำให้คนไทยหันมาพิจารณาความตายของตนเองกันมากขึ้นว่าจะเลือกตายกันอย่างไรดี โดยแนวโน้มหรือทิศทางของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละประเทศย่อมแตกต่างกันไปตามความต้องการที่แตกต่างกันในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องมาช่วยกันพิจารณาให้มากขึ้นด้วย

หากเราพิจารณาจากพัฒนาการของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสมัยใหม่ในโลกตะวันตก หัวใจของงานดังกล่าว คือผู้คนที่เปี่ยมด้วยเมตตากรุณา และความรู้ ซึ่งสำคัญกว่าการมีเทคโนโลยีล้ำสมัย แต่ความรู้ที่จะมาขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกที่เป็นกระแสหลัก หากแต่เป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเฉพาะ อาทิเช่น องค์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับระบบชีวิตเคมีของผู้ป่วยใกล้ตาย ที่มักไม่ได้สอนกันในหลักสูตรการศึกษาทั่วๆ ไป ในโรงเรียนแพทย์หรือพยาบาล ความรู้ในเรื่องการใช้ยาแก้ปวดแบบป้องกันมาก กว่าแบบบำบัดความปวด จิตวิทยาของผู้ป่วยใกล้ตายและญาติมิตร รูปแบบของสวัสดิการจากภาค รัฐที่จะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกเหนือไปจากการดูแลในสถานพยาบาลทั่วๆ ไป องค์กรหรือกฎระเบียบที่จะมารองรับการเติบโตของสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในและนอกระบบ ความรู้ความเข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรม ในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับสังคมไทย การผลักดันให้เกิดระบบอาสาสมัครมารองรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทหรือความร่วมมือจากฝ่ายศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ประเด็นเหล่านี้ ควรได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ของสังคม ไม่เพียงแค่บุคลากรในระบบสุขภาพเท่านั้น เพื่อให้เกิดการศึกษาค้นคว้า แลกเปลี่ยน และทำการทดลอง นำไปสู่การเติบโตของแนวคิดและการปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ยั่งยืนต่อไป

จุดวิกฤตนี้เองที่ทำให้แพทย์หลายรายกังวลว่าควรจะต้องเดินหน้าต่ออย่างไร หากไม่รักษาต่อจะเป็นการไร้ซึ่งมนุษยธรรมหรือไม่ ทั้งที่ในความเป็นจริงรู้ดีว่าหมดหวังสำหรับการรักษา ในที่สุดทางออกก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ไปอย่างสงบ แต่ไม่ได้หมายความว่า การรักษาทางการแพทย์จะหยุดลง แพทย์ยังคงต้องหาทางช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ร่วมกับการกระบวนกรช่วยเหลือทางจิตใจ ที่อาจมาจากความต้องการของผู้ป่วยเองหรือญาติเป็นผู้ชี้แนะ

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมไทยควรเป็นอย่างไร

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ควรจะมีเนื้อที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลครอบครัว มีพื้นที่ทำงานที่สะดวกและเหมาะสม มีห้องฟื้นฟูกายภาพ และห้องทำกิจกรรม ที่จะทำให้การพักผ่อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ญาติสนิทของผู้ป่วยสามารถอยู่ดูแลใกล้ชิดได้ตลอดเวลา มีสถานที่ประกอบกิจกรรมที่จำเป็นตามศาสนาและความเชื่อที่เหมาะสม อาทิ ห้องสวดมนต์ ห้องละมอด หรือ Chapel ที่มีบุคลากรที่สามารถช่วยได้อยู่ประจำ เนื้อที่และบริเวณกว้างขวาง มีมุมสงบที่สร้างบรรยากาศที่ดี สิ่งแวดล้อมที่ผุดงจิตใจ มีห้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่จะพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผย

ผู้ป่วยควรจะได้รับบริการเยียวยาทั้งทางกาย จิตวิญญาณ ด้วยพลังเมตตาจากเหล่าจิตอาสาที่หมั่นเวียนมาให้กำลังใจ โดยยอมรับความคิดเห็นของแพทย์ทุกสาขา ไม่ว่าจะเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนจีน ต้องอิสระและเปิดกว้างรับความรู้ความคิดจากทุกคน โดยถือความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลัก บริบทของ Hospice care ของไทย วิทยาศาสตร์กับศาสนาควรจะเดินไปด้วยกันได้อย่างกลมกลืนและเป็นหนึ่งเดียวกัน

โดยสรุปแล้ว สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเป็นสถานที่แห่งความสงบ ความจริง และความมั่นคงของจิตใจ เป็นสถานที่ที่หล่อเลี้ยงความรักและความหวัง ความศรัทธา ความเชื่อ และการควบคุมอาการความทุกข์ทางกายที่มีประสิทธิภาพ สำหรับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ต่อมุมมองต่อชีวิต และต่อสังคมโดยรวม

บทกวีชื่อ “ผู้ดับไม่เหลือ”

เมื่อเจ็บไข้ ความตาย จะมาถึง
อย่าพร่ำเพรียง หวาดไหว ให้หม่นหมอง
ระวังให้ ดีดี นาทิทอง
คอยจดจ้อง ให้ตรงจุด หลุดได้ทัน

หนึ่งนาที่ สุดท้าย อย่าให้พลาด
ตั้งสติ ไม่ประมาท เพื่อดับขันธ์
ด้วยจิตว่าง ปล่อยวาง ทุกสิ่งอัน
สารพันนั้น ไม่ยึดครอง เป็นของเรา

ดกกระได พลอยกระโจน ให้ดีดี
จะถึงที่ จุดหมาย ได้ง่ายเข้า
สมัครใจ ดับไม่เหลือ เมื่อไม่เอา
ก็ดับเรา ดับตน ดลนิพพาน

แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 2

การดูแลเมื่อความตายมาถึง

คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการพยาบาลองค์รวม ครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์

ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถ

1. ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. นำแนวทางการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปประยุกต์ใช้ได้
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสภาวะส่วนลึกของจิตใจ

เค้าโครงเนื้อหา

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิชาชีพการพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลบุคคลทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่งชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ถือเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญอย่างมาก โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ผู้ป่วย ได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้เป็นช่วงเวลาที่มีความสุขพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญ สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข ปราศจากความทุกข์ทรมาน โดยการพยาบาลต้องคำนึงถึงประโยชน์ สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

แนวทางการดูแลทางด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

การดูแลด้านร่างกาย ที่สำคัญ คือ

1. อาการปวด
2. อาการท้องผูก
3. เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน อาการปากแห้ง เจ็บในปาก กลืนลำบาก
4. อาการท้องมานหรือบวมในท้อง
5. อาการไอ
6. อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก

7. อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้

8. อาการบวม

9. อาการคัน

10. การเกิดแผลกดทับ

การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ

1. ให้ความรักและความเห็นใจ
2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง
3. ช่วยให้ผู้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม
4. การช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ
6. สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว

สรุปหลักการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
2. ความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด
3. การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น
4. ให้การพยาบาลครอบคลุมความต้องการทุกด้าน
5. เป็นการปฏิบัติร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม
6. มีความต่อเนื่องและประเมินผลสม่ำเสมอ

กิจกรรมฝึกอบรม

1. นำสูบทเรียน ชี้แจงกิจกรรม
2. กิจกรรมใบงานที่ 2.1 เฟ่งพินิจคิดวิเคราะห์ความตายของใครคนหนึ่ง “WIT”
กิจกรรมใบงานที่ 2.2 เขียนความในใจถึงผู้ล่วงลับ
กิจกรรมใบงานที่ 2.3 บันทึความโศก
3. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ “การดูแลเมื่อความตายมาถึง”
4. ประชุมกลุ่มย่อย สรุปบทเรียน ผู้สังเกตประจำกลุ่มให้ข้อคิดเห็นในการสังเกต
5. อภิปรายกลุ่มใหญ่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
6. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ซักถาม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ
7. ทดสอบความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม

สื่อประกอบการฝึกอบรม

1. ใบความรู้เรื่อง การดูแลเมื่อความตายมาถึง
2. Power point
3. visualize
4. flip chart
5. ภาพยนตร์เรื่อง “WIT”
6. กิจกรรมใบงานที่ 2.1 เฟ่งพินิจจิตวิเคราะห์ความตายของใครคนหนึ่ง “WIT”
7. กิจกรรมใบงานที่ 2.2 เขียนความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับ บทภาวนา
8. กิจกรรมใบงานที่ 2.3 ปั่นความโศก

วัดและประเมินผล

แบบวัดความรู้ก่อน-หลังฝึกอบรม แบบวัดเจตคติ และแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรม
 กลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



กิจกรรมในงานที่ 2.1 : เฟ้นหานักคิดวิเคราะห์ความตายของใครคนหนึ่ง “WIT”

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบวิธีการสืบค้นความต้องการของผู้ป่วยทุกมิติ ทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเชื่อมโยงความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการวิเคราะห์สถานการณ์ อันจะทำให้นักศึกษามีความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผ่านการดูภาพยนตร์เรื่อง “WIT” ฝึกการรับฟังอย่างลึกซึ้งของความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ และปมในใจของผู้ป่วยและช่วยคลี่คลายให้เกิดความสบายใจ ใจสงบลง รวมถึงบทบาททีมแพทย์พยาบาลต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- นักศึกษา 30 คน
- อาจารย์วิทยากรและอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร

อุปกรณ์ที่จำเป็น

- Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
- สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา
- ภาพยนตร์เรื่อง “WIT”

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งสบาย ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอ เกือบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการฉายภาพยนตร์ การใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

3 ชั่วโมง

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ชมภาพยนตร์ เรื่อง “WIT”	2 ชั่วโมง 30 นาที
- บันทึกประเด็นที่สะอึกใจอยากแบ่งปัน	10 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่	10 นาที
- สรุปข้อคิดจากกิจกรรม	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรม

2. ชมภาพยนตร์ เรื่อง “WIT”

3. เมื่อทำกิจกรรมนี้เสร็จแล้วนี้ทบทวนซักถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการชมภาพยนตร์ โดยการตั้งคำถามขึ้นให้แต่ละคนได้สำรวจความรู้สึกในแต่ละขณะจิตที่ฟัง และสะท้อนความรู้สึกอย่างไร? รวมทั้งผู้สังเกตร่วมแสดงความคิดเห็นด้วยว่าสังเกตเห็นอะไร และรู้สึกอย่างไร เมื่อได้ยิมนการสนทนาดังกล่าว เพื่อช่วยให้แต่ละคนได้ทราบว่าเขารู้สึกอย่างไรต่อภาษากาย และภาษาถ้อยคำของภาพยนตร์ อีกทั้งต้องทบทวนความรู้สึกของตนเองว่าทำไมเราจึงรู้สึกเช่นนั้น คำพูดอย่างไรที่ทำให้ผู้ฟังรู้สึกดี ทำอย่างไรที่ทำให้รู้สึกอับอาย วางใจที่จะกล้าเปิดเผยความในใจ คำพูดอย่างไรที่สะท้อนให้เราเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิตกกังวล ยังมีสิ่งที่ยึดติดอยู่และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สังเกตได้ใน ขณะชมภาพยนตร์ รวมถึงบทบาทที่ทีมแพทย์พยาบาลต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. บันทึกความรู้สึกนึกคิดในระหว่างชมภาพยนตร์ ประเด็นที่สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้ เช่น

- แสดงความรักความเอาใจใส่ และเห็นอกเห็นใจด้วยความเมตตา
- แสดงน้ำเสียงที่นุ่มนวลและสัมผัสที่ใจ
- เมื่อต้องรับฟังรับฟังอย่างตั้งใจ ช่วยคลี่คลายความทุกข์ ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ
- ช่วยโน้มน้าการปลดปล่อยและปล่อยวางอย่างสงบ สร้างความสุขในใจ

5. แบ่งกลุ่มย่อย สมาชิกอภิปรายคำตอบภายในกลุ่ม บันทึกคำตอบใน Flipchart / white board ในความคิดเห็นที่ไม่ซ้ำกัน โดยเน้นให้ทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และอาจารย์ประจำกลุ่มสังเกตและบันทึกในแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อสังเกต

กิจกรรมนี้อาจให้เวลามากกว่าที่กำหนด เนื่องจากเป็นการแสดงบทบาทสมมติ ผู้แสดงอาจต้องใช้เวลาเข้าถึงความรู้สึกตามบทบาทสมมติ ถ้าถูกจำกัดด้วยเวลามากเกินไปอาจทำให้ผู้แสดงไม่สามารถเข้าถึงอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ความรู้สึกถึงอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ขาดโอกาสที่จะได้เรียนรู้ความรู้สึกของตนเองให้ชัดเจน

กิจกรรมใบงานที่ 2.2 เขียนความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการอบรมได้สำรวจสภาวะส่วนลึกที่อยู่ในใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องค้างคาใจที่อาจจะไม่เคยตระหนัก หรือคำนึงอย่างจริงจัง เป็นโอกาสที่ได้สัมผัสสภาวะจิต และเกิดการใคร่ครวญที่จะสามารถให้อภัย ขอโทษกรรม สร้างจิตที่มีความกรุณาและเมตตา อันนำไปสู่หนทางการปล่อยวาง ไม่ยึดติดปลดปล่อยปมทุกข์ของตนเองไปด้วย

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกลึกๆ ที่อยู่ในใจ โดยการคำนึงถึงคนใกล้ชิดจากไป นึกถึงความผูกพัน ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทั้งด้านดีและด้านที่เราทำไม่ดีกับเขาในอดีต จากนั้นให้เขียนความเข้าใจลงสมุดบันทึก แล้วแบ่งปันความเข้าใจให้กลุ่มทราบตามความสมัครใจ สุดท้ายกระบวนกรนำอภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม (กลุ่มเดิมตลอดหลักสูตร)
- อาจารย์ประจำกลุ่ม 1 ท่าน

อุปกรณ์ที่จำเป็น

- สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งล้อมวงกับพื้น นอกจากนี้ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งล้อมวงห่างกัน 1 ช่วงแขน เงียบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

30 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ผู้เข้าอบรม นั่งสงบใจ เขียนความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับลงในสมุดบันทึก	10 นาที
- แบ่งปันความเข้าใจและอภิปรายข้อคิดเห็น	15 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงกิจกรรม
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมนั่งสงบจิตใจ และเขียนบันทึกความเข้าใจถึงผู้ล่งลับ ลงในสมุดบันทึก
3. ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งปันความเข้าใจกับสมาชิกในกลุ่ม (ตามความสมัครใจ)
4. อภิปรายข้อคิดจากกิจกรรม

ข้อสังเกต

1. กิจกรรมนี้มีความละเอียดอ่อนมาก เนื่องจากเป็นเรื่องที่กระทบกระเทือนจิตใจเปรียบเสมือน การเปิดบาดแผลใจ เป็นกิจกรรมที่ทำให้ระลึกถึงการพลัดพรากและความสูญเสียและสิ่งที่ไม่อาจเรียกกลับคืนได้ จึงเป็นไปได้มากที่ผู้เข้ารับการอบรมจะจมดิ่งกับความเศร้าโศก สะเทือนใจจนกลับคืนสู่อารมณ์ปกติได้ยาก จำเป็นที่จะต้องมิกิจกรรมที่เหมาะสมต่อกิจกรรมนี้เพื่อโอบรับความเจ็บปวดและเยียวยาด้วย
2. การทำกิจกรรมนี้ควรมีเวลามากพอ เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก อีกทั้งเป็นโอกาสที่ได้เรียนรู้ผ่านเรื่องราวอารมณ์และประสบการณ์ตรงของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะให้ประโยชน์มากกว่าการใช้เวลาเพื่อการอภิปรายทางความคิดหรือหลักการ

บันทึกกิจกรรม ใบงานที่ 2.2 เขียนความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับ

เขียนบันทึกความเข้าใจถึงผู้ล่วงลับ ลงในสมุดบันทึก ท่านลองตรึกตรองทบทวนในเวลาที่ผ่านมาว่ามีเรื่องใดที่ท่านเคยสูญเสียหรือเสียใจในเหตุการณ์นั้นมากที่สุด จนท่านไม่อาจลืมความสูญเสียนั้นได้ ลองนึกสัก 1 เรื่อง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

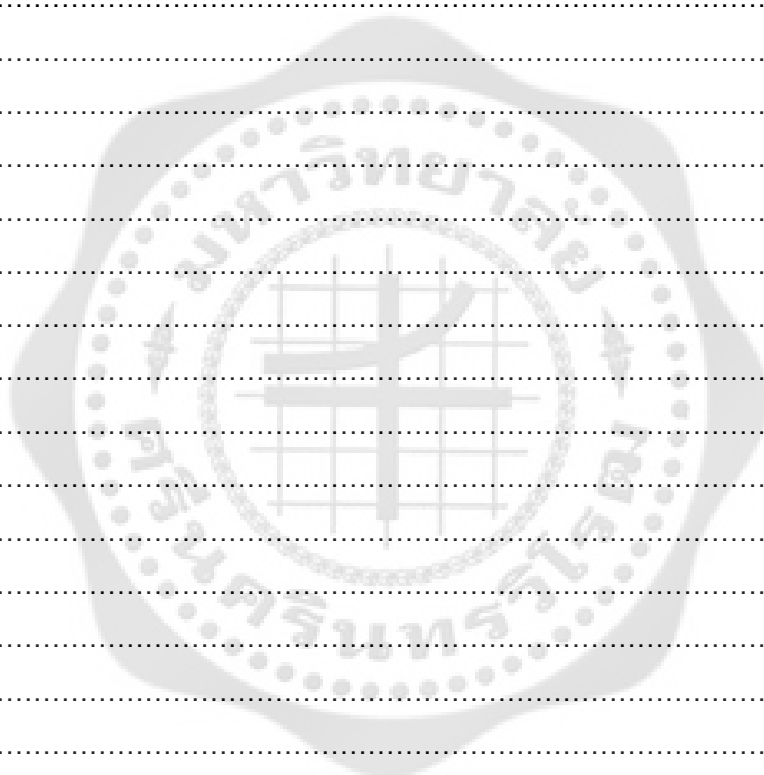
.....

.....

.....

.....

.....



กิจกรรมใบงานที่ 2.3 ปันความโศก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตนเองจากการสูญเสีย
2. เพื่อให้ผู้รับการอบรมได้เข้าใจสภาวะโศกเศร้า
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงการสูญเสียร่วมกัน

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเองและได้รับรู้มุมมองของผู้อื่นเกี่ยวกับความสูญเสียเปลี่ยนความโศกเศร้าเป็นความเข้าใจ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม (กลุ่มเดิมตลอดหลักสูตร)
2. อาจารย์ประจำกลุ่ม 1 ท่าน

อุปกรณ์ที่จำเป็น

1. Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
2. สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา
3. วีดิทัศน์ “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งล้อมวงกับพื้น นอกจากนี้ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งล้อมวงห่างกัน 1 ช่วงแขน เจ็บไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

40 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรม	5 นาที
- ผู้เข้ารับการอบรมบันทึกความรู้สึกเกี่ยวกับความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ พร้อมบอกวิธีที่ทำให้ตนผ่อนคลายจากความรู้สึกสูญเสียนั้นได้บันทึกในสมุดบันทึก (ในระหว่างบันทึกความรู้สึกเปิดเพลงบรรเลงเสียงดนตรี เสียงธรรมชาติ เบาๆ)	10 นาที

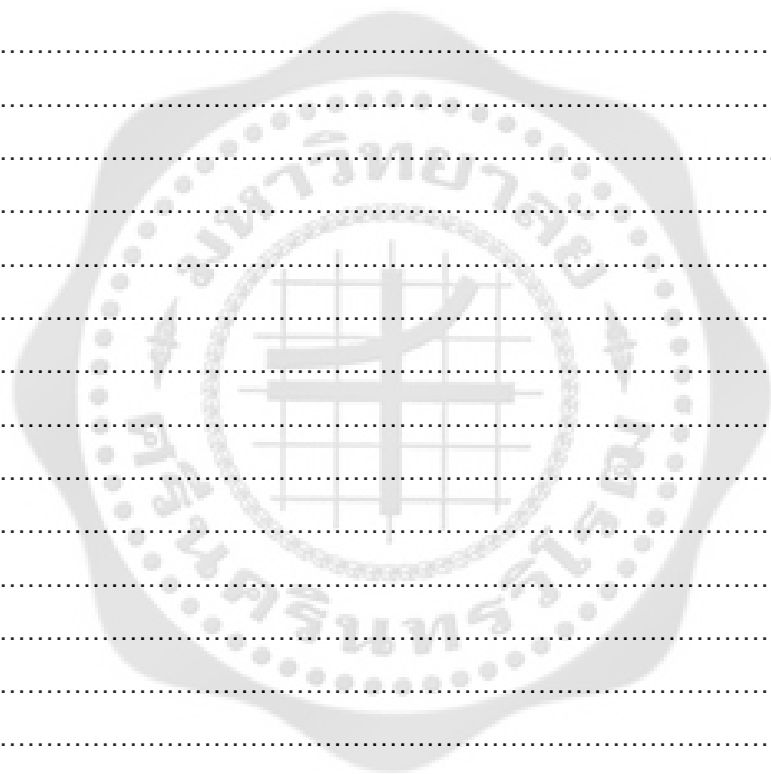
- อภิปรายกลุ่มย่อย แบ่งปันความรู้สึกการสูญเสียและ
สรุปแนวทางเผชิญการสูญเสีย 10 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่ โดยแต่ละกลุ่มย่อยนำเสนอ
แนวทางการเผชิญการสูญเสีย 10 นาที
- วิทยากร สรุปเกี่ยวกับความรู้สึกจากการโศกเศร้า
แนวทางการเผชิญการสูญเสียจากการอภิปราย 5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงกิจกรรม
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมนั่งสงบจิตใจ และเขียนบันทึกความทุกข์ในใจที่เคยสูญเสีย ลงในสมุดบันทึก
3. ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งปันความทุกข์ในใจจากการสูญเสียกับสมาชิกในกลุ่ม และแนวทางที่เคยดับทุกข์นั้น หรือสามารถผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้อย่างไร
4. กลุ่มสรุปแนวทางที่สมาชิกในกลุ่มคิดว่าช่วยผ่อนคลายจากการรู้สึกสูญเสียเสนอใส่ Flipchart
5. นำเสนออภิปรายกลุ่มใหญ่

บันทึกกิจกรรมในงานที่ 2.3. ปั่นความโศก

จากกิจกรรม ใบบงานที่ 2.2 เขียนความในใจถึงผู้ล่่วงลับ ที่ท่านเคยสูญเสียหรือเสียใจในเหตุการณ์นั้นมากที่สุด จนท่านไม่อาจลืมความสูญเสียนั้นได้ และวิธีที่ทำให้ตนเองฟ่อนคลายจากความรู้สึกสูญเสียนั้นได้อย่างไร



ใบความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิชาชีพการพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลบุคคลทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่งชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ นั้น นอกจากได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการรักษาเพื่อให้หายขาดนั้นไม่สามารถทำได้จะยิ่งได้รับผลกระทบทางจิตใจเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ดังนั้น ทีมแพทย์ และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีความเข้าใจ และมีความรู้ในการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตช่วงสุดท้ายที่ดี และมีคุณค่าเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ รวมทั้งควรมีบทบาทในการดูแลญาติของผู้ป่วยด้วย

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ จัดเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญอย่างมาก โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้เป็นช่วงเวลาที่มีความหมายที่สุดพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญ สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข ปราศจากความทุกข์ทรมาน โดยการพยาบาลต้องคำนึงถึงประโยชน์ สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลแบบองค์รวมในฐานะของมนุษย์ที่มีเกียรติและมีศักดิ์ศรี

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจนสู่ระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในระบบสุขภาพปัจจุบันเนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุร่วมกับความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีที่สามารถช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามโดยลักษณะธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายและอาการต่าง ๆ กัน จึงต้องการการดูแลสุขภาพแบบประคับประคองสู่ระยะสุดท้าย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตต้องให้ความสำคัญกับความต้องการ การด้านร่างกายที่แสดงให้เห็นชัดเจนขณะที่เจ็บป่วย และต้องมุ่งที่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อความตาย ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด

นอกจากจะสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้วจะต้องคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เพื่อให้มีช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในเรื่องของการเคารพสิทธิปัจเจกบุคคล การได้รับการปฏิบัติที่ดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การบอกความจริงรวมถึงความยุติธรรมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

จะเห็นได้ว่า การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของ ตัวเองและมีความปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคง ผูกพันและต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับครอบครัวของตน ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักไว้ เสมอว่าผู้ป่วยยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวอยู่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะไม่ครบ สมบูรณ์ถ้าไม่ให้การดูแลช่วย เหลือครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปฏิบัติหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการแจ้งข่าวร้าย

การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นทักษะที่สำคัญของทีมสุขภาพและเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การแจ้งข่าวร้ายไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลเท่านั้น แต่เป็นศาสตร์และศิลป์ที่เป็นทักษะของคร่ำม ต้อง อาศัยทั้งความรู้ความเข้าใจของทีมสุขภาพ ความสัมพันธ์ของทีมสุขภาพและผู้ป่วย ความเข้าใจเห็น ออกเห็นใจผู้ป่วย ประกอบกับทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมและปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การ แจ้งข่าวร้ายเป็นทักษะที่ยาก หากไม่มีการเตรียมตัวหรือฝึกฝนมาก่อน อาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจ และเครียดเมื่อประสบกับสถานการณ์ดังกล่าว

การแจ้งข่าวร้ายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจาก

1. การแจ้งข่าวร้ายเป็นเรื่องที่พบได้บ่อย และอาจทำให้แพทย์กังวลหรือเครียด โดยเฉพาะ เมื่อผู้แจ้งขาดประสบการณ์ หรือโรคนั้นๆยังไม่มีการรักษาที่ได้ผล
2. ผู้ป่วยต้องการทราบความจริง จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า คนส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 ต้องการทราบเมื่อตนเองเป็นโรครุนแรง แต่อย่างไรก็ตามอาจมีความแตกต่างตามความเชื่อ และวัฒนธรรมในแต่ละกลุ่มประชากร
3. เป็นประเด็นด้านกฎหมายและจริยธรรม ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ความจริงหรือข้อมูล เกี่ยวกับตนเอง และหลักของเวชจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับ autonomy ทีมสุขภาพไม่สามารถ หลีกเลี่ยงหรือบ่ายเบี่ยงได้ และอาจมีผลถึงการดูแลรักษาต่อไป อย่างไรก็ตามการแจ้งข่าวร้ายมัก เป็นเรื่องที่ยาก มักจะสร้างความกังวลหรือความเครียดให้กับผู้แจ้ง โดยเฉพาะหากผู้แจ้งไม่มีการ เตรียมตัวหรือฝึกฝนมาก่อน เนื่องจาก
 - 3.1 ผู้แจ้งข่าวร้ายจะรู้สึกว่าต้องรับผิดชอบกับสิ่งที่บอกและกลัวว่าจะถูกตำหนิ
 - 3.2 ไม่รู้ว่าวิธีการแจ้งข่าวร้ายที่ดีเป็นอย่างไร หรือขาดประสบการณ์
 - 3.3 ยังมีข้อมูลไม่ชัดเจนพอ เกี่ยวกับการรักษา ผลการรักษา และการดำเนินของโรค
 - 3.4 กลัวความสัมพันธ์ระหว่างผู้แจ้งและผู้ป่วยที่เคยมีเสียไป
 - 3.5 กลัวที่จะทำลายความหวังของผู้ป่วย
 - 3.6 ไม่รู้จักผู้ป่วยดีพอ ไม่รู้จักภูมิหลังหรือข้อจำกัดของผู้ป่วย
 - 3.7 กลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การเสียรูปร่างหรือผิดรูป ความเจ็บปวด การสูญเสีย ด้านการเงินหรือทางสังคม เป็นต้น

3.8 กลัวการตอบสนองหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า การร้องไห้ เป็นต้น

3.9 ปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ไม่คาดคิด เช่น การฆ่าตัวตายตัวเอง เป็นต้น

3.10 ไม่มั่นใจที่จะตอบคำถามของผู้ป่วยหรือญาติ ตลอดจนไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย

Robert Buckman ได้เสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้ายไว้ 6 ขั้นตอน “SPIKES” ได้แก่

1. เตรียมความพร้อม (S – Setting up the Interview)
2. ประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P – Assessing the patient's Perception)
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I – Obtaining the patient's Invitation)
4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (K – Giving Knowledge and information to the patient)
5. การตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (E – Addressing the patient's Emotion and empathic responses)
6. สรุปและวางแผน S – Strategy and Summary

ขั้นตอนที่ 1 S – Setting

ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมตัวก่อนเริ่ม

1. ทำความเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัย แนวทางการรักษาและทางเลือกต่างๆ
2. ควรทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว หรือหากไม่มีห้อง อาจใช้ข้างเตียงผู้ป่วย แต่ควรดึงม่านปิดเตียงผู้ป่วยให้หมด อาจทำให้รู้สึกเป็นส่วนตัวได้
3. บางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการให้มีญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญ และต้องการให้รับรู้ด้วย ควรถามผู้ป่วยว่าอยากให้ใครมารับฟังหรืออยู่ด้วยหรือไม่
4. ควรนั่งลงคุยกับผู้ป่วย เป็นการสื่อว่าแพทย์ไม่ได้เร่งรีบ พร้อมทั้งจะให้เวลากับผู้ป่วย ถ้าเพิ่งตรวจร่างกายเสร็จ ควรให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าแต่งตัวให้เรียบร้อยเสียก่อน
5. พยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สบตา แสดงท่าทีที่เป็นมิตร สัมผัสตัวผู้ป่วยหรือจับมือ (แล้วแต่กรณีและความเหมาะสม)
6. ควรบริหารเวลาให้เหมาะสม ไม่ควรให้มีการขัดจังหวะหรือถูกตามขณะสนทนากับผู้ป่วย ควรปิดโทรศัพท์มือถือ
7. อาจเริ่มต้นด้วยคำถาม “ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร” หรือ “ขณะนี้เป็นอย่างไบ้าง” เพื่อแสดงว่าการสนทนาจะเป็นแบบสองทาง (two-way)

ขั้นตอนที่ 2 : P - Perception

ใช้หลักการ “ถามก่อนบอก” ประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองมากน้อยเพียงไร รุนแรงเพียงใด คาดเดาไว้อย่างไร เคยมีประสบการณ์หรือรู้อะไรมาก่อนหน้าเกี่ยวกับโรคนั้น รู้สึกอย่างไร ต้องการอย่างไร เช่น “คุณทราบอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณบ้าง” “คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้คุณมีอาการ.....” “คุณรู้หรือเปล่าว่าทำไมต้องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเพราะอะไร” “คุณได้รับการบอกเกี่ยวกับโรคที่คุณเป็นบ้างหรือยัง เข้าใจว่าอย่างไร แล้วคุณคิดอย่างไร” เป็นต้น จะช่วยทำให้ทีมสุขภาพสามารถแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วยได้ และปรับเนื้อหาหรือข่าวร้ายที่จะแจ้งให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ว่าอยู่ในระยะใดของการตอบสนองต่อข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 3 : I – Invitation

เป็นระยะที่มีความสำคัญในการแจ้งข่าวร้าย ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการทราบมากน้อยเพียงใด “คุณอยากให้หมอบอกรายละเอียดของโรคที่คุณเป็นไหม” “คุณต้องการให้หมอบอกผลการตรวจอย่างไร” “ถ้าโรคมันลุกลามมากขึ้น คุณอยากให้หมอบอกคุณอย่างไร” การไม่ให้ข้อมูลอะไรอาจยิ่งทำให้ผู้ป่วยกังวลและเป็นทุกข์มากขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงท่าทีหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ด้วยการเปลี่ยนประเด็น อาจจะอยู่ในระยะปฏิเสธ ทีมสุขภาพก็จะสามารถประเมินได้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะรับฟังข่าวร้าย หากผู้ป่วยยังไม่ต้องการทราบข้อมูลหรือรายละเอียด ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสถามได้เสมอ

ขั้นตอนที่ 4 : K - Knowledge

การให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับโรค การรักษา การดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค วิธีการอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ความสนใจของผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยอยากทราบหรือไม่ อยากทราบความคาดหวังของผู้ป่วย และการตอบสนอง

1. ก่อนที่จะแจ้งข่าวร้ายหรือให้ข้อมูล ควรส่งสัญญาณเตือนผู้ป่วยก่อน เพื่อให้ได้ทำใจ
ขั้นต้น “ผลการตรวจเพิ่งกลับมา หมอมีข่าวไม่ดีที่จะแจ้งให้ทราบ”
2. การให้ข้อมูลใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ ใช้ภาษาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน หลีกเลี่ยงศัพท์แพทย์ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าถาม
3. หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลแบบทื่อๆ “คุณเป็นมะเร็งที่พยากรณ์โรคไม่ดี ถ้าไม่รีบรักษา จะตายได้” ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกโดดเดี่ยวและโกรธได้
4. ควรบอกข้อมูลที่ละน้อย เพราะเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจ และอาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย
5. ควรสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ อย่างไร ผู้ป่วยต้องการจะทราบอีกหรือไม่
6. ไม่ควรให้ข้อมูลแบบการบรรยายให้ผู้ผู้ป่วยฟัง ควรให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยถามหยุดเป็นระยะๆ
7. ไม่ควรพยายามสอนพยาธิสรีรวิทยาของโรคให้แก่ผู้ป่วย

8. ไม่ควรให้ข้อมูลทั้งหมดในครั้งเดียว ควรระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือจำสิ่งที่ทีมสุขภาพพูดได้ทั้งหมด ทีมสุขภาพอาจจะต้องกลับมาและให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ถูกต้อง

9. หลีกเลี่ยงคำพูดที่บั่นทอนความหวังของผู้ป่วย เช่น “หมอไม่มีอะไรจะทำให้คุณมากกว่านี้แล้ว” เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 : E – Emotion and Empathic response

การตอบสนองต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ที่ได้รับข่าวร้าย เป็นเรื่องท้าทายที่ยากเรื่องหนึ่งในการแจ้งข่าวร้าย แต่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ตั้งแต่เงียบ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ โกรธ หรือร้องไห้ ทีมสุขภาพควรเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” (empathy) ท่าทีของแพทย์ การสะท้อนความคิดของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้และเข้าใจได้

1. สบตาผู้ป่วย พูดด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน

2. ตั้งใจฟัง และสังเกตปฏิกริยาของผู้ป่วยทั้งส่วนที่เป็น verbal และ non-verbal เช่น สีหน้า ภาษากาย การเงียบ หรือร้องไห้ เป็นต้น

3. พยายามให้ผู้ป่วยบอกหรือบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้น “บอกหน่อยได้ไหมครับ ว่าขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร”

4. แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีทีมสุขภาพเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น
ผู้ป่วย: พ่อเสียชีวิตจากโรคหัวใจเมื่อ 7 ปีที่แล้ว ขณะที่ผมอยู่ระหว่างไปเที่ยวต่างประเทศ
ทีมสุขภาพ: ตอนนั้นคุณคงมีความรู้สึกที่ไม่ดีมาก ถ้าเกิดขึ้นกับผม ผมก็คงรู้สึกแบบนั้น เหมือนกัน

5. หากผู้ป่วยเงียบ ทีมสุขภาพอาจใช้คำถาม เพื่อสำรวจว่าผู้ป่วยกำลังคิดอะไรหรือรู้สึกอย่างไร

6. ควรพยายามหาสาเหตุว่าผู้ป่วยตอบสนองเช่นนั้นเนื่องจากอะไร กลัวหรือวิตกกังวลเรื่องอะไร เนื่องจากแต่ละคนจะมีเหตุผลไม่เหมือนกัน บางคนกลัวตาย บางคนกลัวต้องเป็นภาระของคนอื่น บางคนกลัวผลข้างเคียงของการรักษา บางคนกลัวสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองหรือกลัวความพิการ เป็นห่วงคนในครอบครัว ทีมสุขภาพควรหลีกเลี่ยงคำพูด “หมอรู้ว่าคุณรู้สึกอย่างไร” เนื่องจากทีมสุขภาพไม่สามารถรู้ได้จริงว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร และผู้ป่วยแต่ละคนก็รู้สึกไม่เหมือนกัน

7. ตัวอย่างคำพูดที่ทีมสุขภาพอาจใช้เพื่อแสดงการรับรู้หรือเข้าใจผู้ป่วย

“หมอเข้าใจว่ามันเป็นเรื่องยากที่จะยอมรับมัน”

“หมอเข้าใจว่าคุณคงคาดไม่ถึงว่าจะได้ยินข่าวแบบนี้”

“หมอรู้ว่ามันคงเป็นข่าวที่ไม่ดีสำหรับคุณ”

“ถ้าเป็นหมอ มันก็คงเป็นเรื่องยากเหมือนกันที่จะ.....”

“หมอหวังว่าผลจะดีขึ้น”

“หมอเข้าใจว่าตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร”

“คนไข้คนอื่นที่ได้รับข่าวร้ายเช่นนี้ ก็รู้สึกทำนองเดียวกับคุณ”

“หมอรู้ว่าคุณคงไม่อยากได้ยินข่าวแบบนี้”

“มีอะไรที่หมอพอจะช่วยได้บ้างไหม”

“ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”

8. หากผู้ป่วยร้องให้ที่มึนสุขภาพ ควรหยุดชั่วคราว ขยับเก้าอี้เข้าไปใกล้ผู้ป่วย ยืนกระดาน ทิชชูสำหรับซับน้ำตา และตัวหรือกุ่มมือผู้ป่วยเบาๆ แล้วแต่กรณี ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกรบกวนหรือแสดงที่ท่าเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย ไม่ควรพูดว่า “อย่าเสียใจไปเลย” เพราะผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ที่ ได้รับข่าว ไม่ผิดที่จะรู้สึกเสียใจต่อข่าวร้าย ไม่ผิดที่จะร้องไห้ ควรปล่อยให้ระบายความรู้สึกออกมา หลังจากนั้นจึงเริ่มคุยต่อด้วยท่าที่เห็นใจผู้ป่วย “หมอเสียใจที่ต้องบอกเรื่องนี้แก่คุณ มันไม่่ง่ายสำหรับ หมอด้วย คุณคิดว่าจะได้ยินข่าวนี้ไหม”

9. หากผู้ป่วยโกรธ หรืออะอะไวยวาย ที่มึนสุขภาพควรตั้งสติให้ดี รับฟังเขาด้วยความสุภาพ พยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกลไกหนึ่งเมื่อผู้ป่วยรับทราบข่าวร้าย ควรยอมรับ อย่าแสดงอาการโกรธตอบ จะทำให้สถานการณ์เลวร้ายลง อาจต้องหยุดคุยไปก่อน แล้วกลับมาอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยสงบลง

10. ผู้ป่วยขู่ทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ที่มึนสุขภาพต้องให้ข้อมูลด้วยความระมัดระวังและไวต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วย แสดงความกังวล “หลังจากคุยกันแล้ว คุณจะไปไหนต่อ” อาจต้องบอกให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อจะช่วยเหลือดูแล สำหรับผู้ป่วยที่มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ไม่ควรปล่อยให้กลับบ้านหรือให้อยู่ตามลำพัง ควรปรึกษาจิตแพทย์มาร่วมดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 : S - Strategy and Summary

เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีที่สบายขึ้น ทราบความกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุ ที่มึนสุขภาพควรเริ่มสรุป ข้อมูล และร่วมวางแผนในเรื่องต่างๆ กับผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องร่วมกันที่ละขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเพิ่มเติม การรักษา การส่งปรึกษาต่อ ทางเลือกการรักษา รวมถึงการดูแลที่บ้าน การนัดหมายครั้งต่อไป การติดต่อกันหากมีปัญหา ที่มึนสุขภาพอาจให้หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ หากมีการเปลี่ยนที่มึนสุขภาพที่จะมาดูแลผู้ป่วยต่อ ก็ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ “สัปดาห์หน้าหมอต้องเปลี่ยนไปดูแลผู้ป่วยอีกแห่งหนึ่ง จะมีคุณหมอ.....มาดูแลคุณต่อ หมอจะส่งต่อข้อมูลให้” พยายามสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อาจต้องมีการตรวจสอบความเข้าใจ เรื่องต่างๆ ของผู้ป่วยอีกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

โดยสรุป การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ เป็นสิ่งที่ที่มึนสุขภาพหลีกเลี่ยงไม่ได้และเป็นสิ่ง ทำลายสำหรับที่มึนสุขภาพ ข่าวนั้นจะ “ร้าย” เพียงใด ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของแต่ละ บุคคล การแปลผลข้อมูลและการตอบสนองต่อข้อมูล ตลอดจนสิ่งที่คาดหวังไว้แตกต่างจากความ เป็นจริงมากน้อยเพียงใด วิธีแจ้งข่าวร้ายจะมีผลต่อการจัดการและปรับตัวของผู้ป่วยต่อข่าวร้ายนั้น การแจ้งข่าวร้ายควรทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ปราศจากสิ่งรบกวนหรือการขัดจังหวะ ควรทำด้วยความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้เกียรติผู้ป่วย รับฟังด้วยความตั้งใจ รับรู้ความรู้สึกของ ผู้ป่วยและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน ทักษะในการแจ้งข่าวร้าย โดยใช้ SPIKES: 6 ขั้นตอนในการแจ้งข่าวร้าย ขั้นตอนที่ 1 : S - SETTING UP the Interview ควรมีการเตรียมสถานที่ที่ส่วนตัว พร้อมทั้งจะใช้เวลากับผู้ป่วยและ ญาติ ขั้นตอนที่ 2 : P - ASSESSING THE PATIENT'S PERCEPTION ก่อนเริ่มการแจ้งข่าวร้าย

อาจเริ่มต้นด้วยการประเมิน Idea ของผู้ป่วยว่าคิดอย่างไรต่อการเจ็บป่วย ขั้นตอนที่ 3 : I -

OBTAINING THE PATIENT'S INVITATION ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในด้านใดบ้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 4 : K- GIVING KNOWLEDGE AND INFORMATION TO THE PATIENTก่อนที่จะแจ้งข้อมูลข่าวร้ายให้ทำเป็นขั้นตอนและควรประเมินผู้ป่วยตลอดเวลา ขั้นตอนที่ 5 : E - ADDRESSING THE PATIENT'S EMOTIONS WITH EMPATHIC RESPONSES หลังแจ้งข้อมูล ควรจะเว้นระยะเงียบเพื่อสังเกตผู้ป่วย และให้เวลาในการแสดงความรู้สึก ในขั้นตอนนี้อาจต้องใช้เวลาอย่างน้อยต่างกัน ขั้นตอนที่ 6 : S - STRATEGY AND SUMMARY เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับฟังแพทย์หรือทีมสุขภาพ ควรสรุปข้อมูลและให้ผู้ป่วยซักถามวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน

2. หลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตาย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ทีมสุขภาพแต่ละคนอาจมีวิธีการและหลักการในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป นายแพทย์ เนด แคสเซม (Ned H. Cassem) แห่งโรงพยาบาล Massachusetts General Hospital ว่ามีหลักพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายไว้ที่สำคัญ 9 ประการ ดังนี้

2.1 Concern การเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง (empathy) ร่วมรับรู้ความรู้สึกทุกข์และสุขที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเอาใจใส่ในความทุกข์สบาย และมีเมตตาต่อผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยมีความสุข

2.2 Competence การมีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดอันตรายทุกขุทรมานจากอาการทางกายต่างๆ

2.3 Communication การมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตาย ซึ่งควรเน้นที่ทักษะในการฟัง ให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก เรื่องราวต่างๆในชีวิตของผู้ป่วย โดยคำถามที่แพทย์ผู้ดูแลควรถามกับตนเองนั้น แทนที่จะถามว่า“เราควรพูดกับผู้ป่วยอย่างไร” อาจเปลี่ยนมาเป็น “เราได้ให้ผู้ป่วยพูดอะไรกับเราบ้าง” นอกจากการฟังแล้ว ทักษะการพูดก็มีความสำคัญ โดยไม่จำเป็นต้องพูดเพียงเรื่องราวเกี่ยวกับความตายเท่านั้น เราสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิต ครอบครัว การงาน หรือเรื่องราวต่างๆไปได้ นอกจากนั้น การสื่อสารอาจออกมาในรูปแบบอื่นๆ นอกจากคำพูด เช่น การแตะตัว การช่วยจัดให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นต้น

2.4 Comfort การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยการหมั่นเอาใจใส่ดูแล และความรู้ในการจัดการกับอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย

2.5 Children ควรเปิดโอกาสให้ลูกหลานได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และรู้สึกดี หลักในการพิจารณาว่าเด็กคนใดควรได้รับการเข้าเยี่ยม นั้น ไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัว เพียงแต่ถามเด็กว่าเขาอยากเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือไม่

2.6 Cohesion ครอบครัวควรมีโอกาสได้อยู่ร่วมกัน ใกล้ชิดกัน ร่วมรับรู้ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้น นอกจากนั้นการที่สมาชิกในครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากัน ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่ถูกทอดทิ้ง ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยสามารถช่วยดูแลความรู้สึกในใจของสมาชิกในครอบครัว ยังช่วยลดความรู้สึกไม่ดี รู้สึกว่าตนเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวลงได้ด้วย

2.7 Cheerfulness ท่าทีของผู้ดูแลและญาติมิตรที่แจ่มใส มีอารมณ์ขันที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งช่วยให้สถานการณ์ที่น่าตึงเครียดได้ผ่อนคลายลงด้วย

2.8 Consistency ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายนั้น มีความกลัวต่อการถูกทอดทิ้งเป็นอย่างมาก ดังนั้นการมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยลดความหวาดกลัวตรงนี้ได้ ซึ่งการไปเยี่ยมผู้ป่วย แม้ว่าเพียงเวลาเล็กน้อย แต่หากทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดี มีความสุข รับฟังสิ่งที่อยู่ภายในของผู้ป่วย ย่อมมีความสำคัญ และก่อเกิดประโยชน์กว่าการไปเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงหรือรับรู้ความรู้สึกภายในของผู้ป่วยได้

2.9 Equanimity (capacity to be comfortable with a dying person) เป็นความรู้สึกสงบนิ่งของผู้ดูแลและญาติมิตร ในขณะที่เผชิญอยู่กับผู้ป่วยสามารถให้อภัยต่ออารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของผู้ป่วยได้ ซึ่งสิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบภายในจิตใจตามมาด้วย

วัตสัน (Watson, 1989: 229) กล่าวถึง ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล เป็นทฤษฎีการดูแลมนุษย์ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เน้นการดูแลคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลในแนวลึกถึงระดับจิตวิญญาณ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเฝ้ายาตนเอง ให้มีดุลยภาพ (Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเฝ้ายาที่เกิดขึ้น จึงเป็นกระบวนการของจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืน สมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาก็ตาม ซึ่งปัจจัยการดูแลของวัตสัน 10 ประการมี ดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลควรมีพฤติกรรมแสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา ความแตกต่างระหว่างบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง เสียสละโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองในทันที โดยคำนึงว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ เพื่อนมนุษย์ที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรักและความเมตตาอย่างมากจากพยาบาล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง พยาบาลที่คงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิต จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน เนื่องจากความศรัทธาและความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด แม้จะหมดหวังไปแล้วก็สามารถสร้างความหวังใหม่ได้ พยาบาลจึงต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอและควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นธรรมและมีความเป็นไปได้ สำหรับความศรัทธาในศาสนา พยาบาลควร

ประเมินว่าความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการตายตามความเชื่อของเขา ยอมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของเขา และต้องหมั่นสร้างความศรัทธาเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยพึงมีให้กับตนเอง โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสมด้วยกิริยาสงบ ท่าทางน่าเชื่อถือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้ทักษะสามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

3. ไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น พยาบาลที่พัฒนาให้ไวต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะทำให้ไวต่อการรับรู้ผู้อื่นด้วย คือ ตระหนักรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น ด้วยการเริ่มมองเข้าไปในตนเอง ต่อไปจะพัฒนาให้ไวต่อการรับรู้ผู้อื่นได้ดีขึ้น เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา และค่านิยมของผู้ป่วย

4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกันโดย

4.1 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2 ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจ เพื่อรับรู้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับความตายจะได้เข้าใจและสามารถตอบสนองความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งคำพูด กิริยาท่าทางและการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.3 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วย พยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่น โดยแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงที่เหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าที่เป็นมิตรเปิดเผย

5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งบวกและลบ อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลควรแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนไม่ว่าบวกหรือลบที่เป็นความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริง จะทำให้พยาบาลพัฒนาในการรู้จักตนเองและยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลที่มีความไวต่อความรู้สึกของตนจะไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงจัง สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและเข้าใจความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย มาดำเนินคดีเตียนหรือตัดสินใจ ให้เวลาและโอกาสผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

6. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องให้ยอมรับความตายอย่างสงบ โดยการนำกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการถาม พูดคุย และการสังเกตจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทั้งองค์รวม นำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและประสบการณ์ต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลโดยเฉพาะข้อมูลด้านจิต

สังคม ความเชื่อ ความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผลตามจุดมุ่งหมาย คือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ยอมรับความจริงและจากไปอย่างสงบ

7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความคิดเกี่ยวกับความตายได้สองทาง คือ การยอมรับและการปฏิเสธหรือเกิดขึ้นทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน การให้ข้อมูลจะเป็นวิธีที่จะลดความวิตกกังวลและความกลัว การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พยาบาลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน พยาบาลจะทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย โดยการสังเกตและการเรียนรู้จากผู้ป่วยและการเข้าไปมีส่วนร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจนไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8. ประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนนอกของบุคคล ส่วนจิตและจิตวิญญาณเป็นปัจจัยภายในของบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายนอกและภายใน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สุขสบาย สะอาดปลอดภัยและเป็นส่วนตัว มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ประสพการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตาย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแลและครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสุขสบาย สะอาด ปลอดภัย ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อตนเอง อันมาจากการเอาใจใส่ประคับประคองของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้

8.1 ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก สนใจท่านอน ลักษณะของเตียงและการจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก

8.2 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การประคบร้อนเย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี หรือสนทนากับผู้ป่วยอื่น

8.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ซึ่งสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่ายังมีเกียรติมีศักดิ์ศรี (Autonomy) ได้รับการยกย่องจากผู้อื่นและให้โอกาสผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้อยู่กับครอบครัวหรือผ่อนคลายอารมณ์

8.4 ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้ ทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพจิตใจ เช่นอุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบอกข่าวสารที่กระทบกระเทือนสภาพจิตใจหรือการกระทำทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

8.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สวยงามอยู่เสมอ มีสีสนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลโดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณการให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในสิ่งที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายจากไปอย่างสงบสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ได้แก่

9.1 ดูแลตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ เพราะเมื่อผู้ป่วยมีความอยากอาหารน้อยลง ความสะอาดของปาก ฟัน ผิวหนัง กล้ามเนื้อ การหายใจ โดยเฉพาะการขับถ่ายซึ่งผู้ป่วยยังควบคุมไม่ได้

9.2 ดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิต-สรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามต้องการ และการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

9.3 ดูแลตอบสนองความต้องการจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย ให้ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย บุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังโศกเศร้า เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

9.4 ดูแลตอบสนองความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล เป็นการให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตนเอง ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลก จักรวาลกับผู้อื่นและกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะรู้สึกสับสน ว่าวุ่น วิดกกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต หากไม่ได้รับการประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักฆ่าตัวตาย

3. แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับบุคคลใดก็ตาม นอกจากมีผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้วยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้บุคคลดังกล่าวเกิดความทุกข์ทรมานได้มาก ยิ่งเป็นความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ผลกระทบด้านจิตใจยิ่งเพิ่มพูนขึ้นอย่างมาก การดูแลในด้านจิตใจก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น ดังนั้น ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้เสนอแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ 6 วิธี ดังนี้

3.1 ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทรมานทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความเจ็บปวด ซึ่งความรัก และกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถช่วยลดทอนความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจ ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยน และให้อภัย ต่ออารมณ์หงุดหงิดกราดเกรี้ยวของผู้ป่วย เป็นการแสดงออกของความรัก แม้ไม่รู้ว่าจะพูดให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างไร เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ก็ช่วยให้เขารับรู้ความรักจากเราได้

3.2 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

การนึกถึงสิ่งดีงาม ช่วยให้อึดใจเป็นกุศล และก่อให้เกิดความสงบ ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวลน้อยลง เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี ตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น การนำพระพุทธรูป ภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยนับถือมาติดตั้งไว้ในห้อง การทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน สำหรับผู้นับถือศาสนาพุทธ สำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาของตน ย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด นอกจากนั้นเราสามารถน้อมนำใจผู้ป่วยให้เกิดกุศล ด้วยการชวนผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งรวมถึงการเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละดูแลพ่อแม่ เอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น เหล่านี้ล้วนเป็นความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย

3.3 ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งที่ทำให้ความทุกข์ใจแก่จิตใจ นั่นก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง เช่น การกิจการงาน ทรัพย์สิน ความโกรธแค้น ความน้อยเนื้อต่ำใจ ความรู้สึกผิด ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจ เป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน ลูกหลานญาติมิตร ควรใส่ใจและจับใจกับเรื่องดังกล่าว ผู้รอบรู้รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและเมตตา อย่างไรก็ตาม การขอโทษหรือการให้อภัยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะกับผู้น้อยหรือผู้มีสถานะต่ำกว่า วิธีที่ช่วยได้คือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ แล้วจะขอให้ญาติมิตรนำไปให้กับบุคคลนั้น หรือเก็บไว้กับตัวก็สุดแท้ แต่หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลนั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

3.4 ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ

ขณะที่การปฏิเสธไม่ยอมรับความตาย เป็นเพราะผู้ป่วยยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพลาจากสิ่งนั้นได้ ความรู้สึกยึดติดแน่นหนานี้ สามารถเกิดได้แม้กับคนที่ไม่ได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพลาจากสิ่งที่เป็นที่รักนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้หรือเตือนสติว่าทรัพย์สินมรดกนั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้ผู้อื่นดูแลต่อไป ในบรรดาความยึดติดทั้งหลาย ไม่มีอะไรลึกซึ้งแน่นหนากว่าความยึดติดในตัวตน ความตายของบางคน หมายถึงความดับสูญของตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาหนีไม่ได้และทำใจยอมรับได้ยาก ควรค่อยๆ แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกาย ว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ สักวันหนึ่งอวัยวะต่างๆ ก็ต้องเสื่อมทรุดต่อไปคือ การช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึก ไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆ มาเป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน หรือไปสำคัญว่าฉันเจ็บเห็นแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเฉยๆ

3.5 สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาใจติดใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้ต่อเนื่อง จำต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย เราสามารถช่วยผู้ป่วยได้ โดยการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงกันในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความซุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่คนรอบข้างพยายามรักษาจิตใจตนเองให้ดี ไม่เศร้าหมองหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เนื่องจากจิตใจคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม

3.6 กล่าวคำอำลา

ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติระงับความเศร้าโศกจากนั้นกระซิบบอกที่ข้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่เขาได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในสิ่งใดๆ ที่เคยล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสียอย่า ได้มีความห่วงกังวลใดๆ และให้นึกถึงพระรัตนตรัย หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆ ที่ผู้ป่วยนับถือจากนั้นก็กล่าวคำอำลา

2. แนวทางการดูแลด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะสุดท้าย จะต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย สมรรถนะของร่างกายจะถดถอยลง จนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สบาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน อาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ ความปวด อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยแรง เบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอม หายใจไม่อิ่ม ปากแห้ง ท้องผูก และเมื่อโรคมีการลุกลามมากขึ้น ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีสภาพถดถอยลงเรื่อยๆ ซึ่งเมื่อถึงจุดที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ จะเริ่มสูญเสียการทำงานตามหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงอาการต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายและเข้าใจหลักในการดูแลด้วย

2.1 การดูแลด้านร่างกาย ที่สำคัญ คือ

1. อาการปวด

o เป็นอาการที่พบบ่อยเมื่อโรครุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในโรคมะเร็ง อาจเกิดจากหลายสาเหตุและอาจปวดมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง อาการทางร่างกายและทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง มักส่งผลให้ความอดทนต่อความปวดลดลง เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน กลัว ซึมเศร้า กังวล

o ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดมีหลายชนิด แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการ กรณีมีอาการปวดรุนแรงมากจะให้ยามอร์ฟิน ซึ่งมีทั้งรูปแบบยาฉีด ยาเม็ด ยาน้ำและแผ่นแปะผิวหนัง สำหรับมอร์ฟินชนิดเม็ดต้องกลืนทั้งเม็ดห้ามเคี้ยวหรือบดเด็ดขาด และเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้นานควรให้ยามอร์ฟินตามเวลาแพทย์สั่ง เช่น ทุก 8 ชั่วโมง แต่ละมือต้องห่างกัน 8 ชั่วโมง ไม่จำเป็นว่าต้องให้ก่อนหรือหลังให้อาหาร เพื่อให้สามารถควบคุมอาการปวดได้สม่ำเสมอตลอดทั้งวัน

o ปัจจุบันนอกจากยาบรรเทาปวดแล้ว อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆร่วมด้วย เช่น การทำสมาธิ ฟังบทสวด การนวด ฟังเพลงบรรเลงเบาๆ เป็นต้น

การดูแล ควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาต่างๆได้ครบถ้วน ตรงตามเวลาที่แพทย์แนะนำ และคอยสังเกตว่า ยาได้ผลหรือไม่ หรือ ผู้ป่วยมีอาการอย่างไรภายหลังการกินยา และคอยพูดคุยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทางอารมณ์ เพราะอารมณ์ต่างๆดังกล่าว จะส่งเสริมให้อาการปวดเพิ่มขึ้น และการใช้ยาได้ผลลดลง

2. อาการท้องผูก

o เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เคลื่อนไหวร่างกายน้อย กินน้อย อาหารที่กินมีใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย และจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะยาในกลุ่มมอร์ฟิน

การดูแลที่ดีที่สุด คือการป้องกัน ผู้ดูแลควรจัดอาหารให้มี ใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอที่ไม่ขัดกับโรค กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ทำได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้ยามอร์ฟินควรได้ระบายจากแพทย์ด้วย หากไม่ได้รับระบาย ควรรายงานแพทย์

3. เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน

o เป็นอาการที่พบได้บ่อย ผู้ดูแลควรจัดอาหารที่ย่อยง่ายครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง งดอาหารกลิ่นฉุน ของมัน ของทอด จัดสิ่งแวดล้อมในห้อง ในบ้าน และรอบบ้านให้ผ่อนคลาย รู้สึกสุขสบาย หากผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียนมาก ควรเลื่อนมื้ออาหารจนกว่าอาการจะดีขึ้น หรือถ้าไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์/พยาบาล

4. อาการปากแห้ง

o เจ็บในปาก กลืนลำบาก ควรดูแลทำความสะอาดในช่องปากทุกวันอย่างน้อยวันละสองครั้ง คือ เมื่อตื่นนอนเช้า และก่อนเข้านอน ถ้าแปรงฟันไม่ได้ ให้ใช้น้ำเกลือบ้วนปากบ่อยๆ หรือใช้กระบอกฉีดน้ำ ฉีดน้ำเกลือทำความสะอาดในปากในรายที่หมดสติ ควรให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ หรืออมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ เพื่อให้ปากชุ่มชื้น ควรให้อาหารอ่อน หรือ อาหารเหลว/อาหารน้ำ ขึ้นกับภาวะกลืนอาหารของผู้ป่วย รสอาหารไม่จัด เพื่อให้กลืนได้ง่าย

5. อาการท้องมานหรือบวมในท้อง

o เกิดจากภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีการลุกลามมากขึ้น โรคที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดท้องมาน คือ โรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งตับ โรคตับแข็ง หรือโรคหัวใจล้มเหลว

ควรดูแล โดยให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงหรือนั่งพิง เพื่อบรรเทาอาการ หากอาการแน่นอึดอัดมากจนทนไม่ไหว ให้รายงานแพทย์

6. อาการไอ

o ควรป้องกันสาเหตุที่ทำให้ไอ เช่น หลีกเลี้ยงฝุ่น ควัน ระวังการสำลักขณะรับประทานอาหาร ดื่มน้ำให้ได้มากๆเมื่อแพทย์ไม่ห้ามการดื่มน้ำ เพื่อช่วยละลายเสมหะและดูแลให้กินยาบรรเทาอาการไอตามแพทย์แนะนำ

7. อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก

o เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วย ผู้ดูแล ควรจัดสถานที่ เพื่อผู้ป่วยไม่ต้องออกแรงมาก เช่น ห้องนอน ควรให้ผู้ป่วยพักผ่อนในท่าที่สบาย ให้อากาศถ่ายเทดี อยู่ใกล้ห้องน้ำ หรือให้ช่วยด้วยหมอนนอน ควรจัดให้ผู้ป่วยพักให้ท่าศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อให้หน้าอกขยายได้ง่ายและคอยอยู่ดูแลใกล้ชิด เมื่อมีอาการมาก ควรรายงานแพทย์

8. อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้

o จัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยปัสสาวะได้สะดวกและรวดเร็ว จัดเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ หลัง 18.00 น.ให้จิบน้ำน้อยลง ถ้าผู้ป่วยกลืนปัสสาวะไม่ได้เลย ควรใส่ผารองรับและหมั่นเปลี่ยนผารอง (ผ้าอ้อม) ระวังขาหนีบและทวารหนัก ระคายเคืองเป็นแผล โดยดูแลความสะอาดสม่ำเสมอ และเมื่อผิวหนังเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น มีสีคล้ำลง ควรต้องรีบรายงานแพทย์

9. อาการบวม

o อาจเกิดจากการอุดตันของระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด มีโปรตีนในเลือดต่ำจากการขาดอาหาร หรือ ตับวาย เป็นต้น ซึ่งการบวมจะทำให้เกิดแผลในบริเวณต่างๆ ที่บวมได้ง่าย การดูแล ควรดูแล อย่าให้เกิดแผลต่างๆเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมีแผลต้องรีบใส่ยาแอลกอฮอล์ หรือ เบตาดีน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ยกแขนหรือขาที่บวมให้สูงขึ้นเพื่อให้ยุบ หลีกเลี้ยงการนั่งห้อยเท้า และงดอาหารเค็ม เพราะอาหารเค็มซึ่งมีเกลือ จะช่วยให้ร่างกายอุ้มน้ำมากขึ้น อาการบวมจึงมากขึ้นตามไปด้วย

10. อาการคัน

o เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผิวแห้ง อับชื้น ระคายเคืองจากปัสสาวะ หรืออุจจาระ หรือสาเหตุจากตัวโรคเอง

การดูแล คือ ควรให้ผู้ผู้ป่วยตัดเล็บสั้น หลีกเลี้ยงการเกา ใส่เสื้อผ้าเนื้อนุ่มและหลวม เวลาอาบน้ำควรใช้สบู่อ่อนๆ และไม่อาบน้ำอุ่นจัดหรือใช้น้ำมันสำหรับเด็กอ่อนทาผิวหลังอาบน้ำ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง กรณีคันจากตัวโรค หรือเมื่อดูแลแล้วอาการคันไม่ดีขึ้น ควรรายงานแพทย์ทราบ

11. การเกิดแผลกดทับ

o การกดทับอย่างต่อเนื่องเพียง 2 ชั่วโมง สามารถทำให้เกิดแผลได้และมักเกิดในจุดที่รับน้ำหนัก เช่น ก้นกบ และข้อต่อต่าง ๆ

การดูแล คือ ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และจัดหาเตียงลมหรือที่นอน น้ำเพื่อให้นอนสบายและเพื่อมีการกระจายน้ำหนักตัวไม่กดลงจุดใดจุดหนึ่งมากเกินไป และดังกล่าว แล้วต้องรักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณกดทับ เมื่อผิวเริ่มเปลี่ยนจากปกติ ควรรายงานแพทย์

2.2 การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ

1. ให้ความรักและความเห็นใจ ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตร และผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถลดความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจได้
2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยควรเริ่มก่อนถึงวาระสุดท้าย อาจต้องบอกความจริงเรื่องโรค และให้เวลาฟังความรู้สึกจากผู้ป่วย ข้อนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย
3. ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม อาจแนะนำได้หลายวิธี เช่น นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ที่ห้องเพื่อให้ระลึกนึกถึง ชวนให้สวดมนต์ตามหลักศาสนา
4. การช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ได้แก่ ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมีความรู้สึกผิดบางอย่างอยู่ในใจ
5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยมั่นใจว่า มีผู้จัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นให้เรียบร้อยได้ และพยายามช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดติด
6. สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว งดการเถียงกัน ร้องไห้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยิน ใช้วิธีทางศาสนาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า(ในชาวคาทอลิก)

3. หลักการดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนเสียชีวิต

ผู้ดูแลควรทราบว่าในระยะดังกล่าว ผู้ป่วยจะมีอาการอะไรบ้าง ซึ่งแพทย์ควรพูดคุยกับผู้ดูแล และญาติทราบก่อน และมีการวางแผนล่วงหน้าว่าจะจัดการกับอาการดังกล่าวอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลให้น้อยลง

ควรมีการทบทวนยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้ เพราะผู้ป่วยในระยะนี้มีการกลืนลำบาก จึงควรให้ผู้ผู้ป่วยได้รับแต่ยาที่ช่วยบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เท่านั้น ยาที่ไม่จำเป็นในระยะนี้ ได้แก่ ยาสำหรับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยใช้ประจำ เช่น ยาเบาหวาน ยาลดไขมัน ยาลดความดัน วิตามินต่างๆ ไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป ถ้าผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดอยู่ ไม่ควรจะหยุดยาในทันที แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการปวด แต่ควรลดขนาดยาลง เนื่องจากระยะสุดท้ายการทำงานของไตจะเริ่มเสื่อมลง

ญาติควรปรึกษาร่วมกับแพทย์ในเรื่องการปรับยา รวมถึงการเปลี่ยนรูปแบบการให้ยา เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ ต้องเปลี่ยนเป็นยาน้ำ ยาเหน็บทางทวารหนัก แผ่นปะทางผิวหนัง ยาที่ต้องให้ทางหลอดเลือด ควรเปลี่ยนเป็นให้ทางใต้ผิวหนัง กรณีที่ผู้ป่วยได้น้ำเกลือเข้าเส้น ควรลดปริมาณหรือหยุดให้ พร้อมกับยุติการให้อาหาร หรือน้ำทางสายยาง เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกต่อไป แต่ดูแลเรื่องการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ

การดูแลในช่วงนี้ควรเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยสบายใจ จึงให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ดูแลความสะอาดปาก โดยใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดในปาก ดูแลตาไม่ให้แห้งโดยหยอดน้ำตาเทียมทุกหนึ่งชั่วโมง พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย ทำกายภาพบำบัด นวดแขนขา เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง ลดอาการปวด

4. การดูแลครอบครัวผู้ป่วย

ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นช่วงที่วิกฤตสำหรับครอบครัว เนื่องจากต้องเผชิญกับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น จึงควรมีการดูแลครอบครัวผู้ป่วยด้วยเช่นกันเพื่อให้ผ่านวิกฤตนี้ไปได้ แพทย์ควรต้องสื่อสารอธิบายให้ครอบครัวทราบว่า เวลาเหลือน้อยลงเพียงใดแล้ว ภารกิจต่างๆ ของผู้ป่วยที่ยังค้างคาใจอยู่ ควรดำเนินการให้แล้วเสร็จ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงการเปลี่ยนแปลงและอาการต่างๆ ที่อาจพบในช่วงสุดท้าย รวมถึงแนะนำแนวทางการดูแลด้วย การประคับประคองด้านจิตใจของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรให้คนในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแล มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกที่มีอยู่ให้กันและกันฟัง

5. ช่วงสุดท้ายของชีวิต

ช่วงวัน ชั่วโมง นาทีสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นช่วงที่อยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิต และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตที่เหลืออยู่ ของคนอื่น ๆ ในครอบครัว การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ที่เข้าอกเข้าใจและอ่อนโยน โดยคำนึงถึงมิติทางกายภาพและจิตใจอย่างเป็นองค์รวมในช่วงระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นที่สุดที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะเป็นแพทย์พยาบาล ตลอดจนครอบครัวญาติมิตรจะต้องเปิดใจรับฟัง เรียนรู้ และปฏิบัติร่วมกัน

6. สรุปหลักการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
2. ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด
3. การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น
4. ให้การพยาบาลครอบคลุมความต้องการทุกด้าน
5. เป็นการปฏิบัติร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม
6. มีความต่อเนื่องและประเมินผลสม่ำเสมอ

แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 3.

การดูแลหลังการสูญเสีย

คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้

ศึกษาปฏิบัติการเศร้าโศก และการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ตลอดจนแนวปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ คริสต์และอิสลามสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

วัตถุประสงค์

ผู้รับการอบรมมีความสามารถ

1. เข้าใจหลักปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสงบ
2. เข้าใจปฏิบัติการเศร้าโศกจากการสูญเสีย
3. ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. เข้าใจแนวทางการการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การสภาวะส่วนลึกของจิตใจในการโศกเศร้า

เค้าโครงเนื้อหา

1. ปฏิบัติการเศร้าโศกจากการสูญเสีย
2. การดูแลความเศร้าโศกหลังการสูญเสีย
3. แนวปฏิบัติตามหลักศาสนาหลังการสูญเสีย
 - 3.1 หลักปฏิบัติทางศาสนาพุทธสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ
 - 3.2 หลักปฏิบัติทางศาสนาคริสต์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ
 - 3.3 หลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

กิจกรรมฝึกอบรม

1. นำสูบทเรียน ชี้แจงกิจกรรม
2. กิจกรรมใบงานที่ 3.1 สมาริเพื่อการเยียวยา

กิจกรรมใบงานที่ 3.2 ชวนชมชวนคุย “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”

กิจกรรมใบงานที่ 3.3 เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ “Taking chance”
3. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ “การดูแลหลังการสูญเสีย”
4. ประชุมกลุ่มย่อย สรุปบทเรียน ผู้สังเกตประจำกลุ่มให้ข้อคิดเห็นในการสังเกต
5. อภิปรายกลุ่มใหญ่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
6. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ซักถาม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการฝึกอบรม

1. ใบความรู้ เรื่อง การดูแลหลังการสูญเสีย
2. Power point
3. visualize
4. flip chart
5. วีดิทัศน์ “น้อมนำเพื่อการผ่อนคลาย”
6. วีดิทัศน์ “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”
7. กิจกรรมใบงานที่ 3.1 สมมติเพื่อการเยียวยา
8. กิจกรรมใบงานที่ 3.2 ชวนชมชวนคุย “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”
9. กิจกรรมใบงานที่ 3.3 เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ชมภาพยนตร์เรื่อง “Taking chance”

วัดและประเมินผล

แบบวัดความรู้ก่อน-หลังฝึกอบรม แบบวัดเจตคติ และแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรม
กลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมใบงานที่ 3.1 สมมติเพื่อการเยียวยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกการเจริญสติ สมาธิ
2. เพื่อให้ผู้รับเข้ารับการอบรมสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วย
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความรู้สึกร่วมกันจากการฝึกสมาธิร่วมกัน

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกสมาธิ สัมผัสความรู้สึกที่เกิดจากการทำสมาธิและเกิดทักษะการทำสมาธิเพื่อเยียวยา

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. นักศึกษา จำนวน 30 คน
2. อาจารย์วิทยากรและอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร

อุปกรณ์ที่จำเป็น

1. Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
2. สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งหรือนอน ห่างกัน 1 ช่วงแขน เงียบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

60 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ผู้เข้ารับการอบรมเลือกที่นั่งหรือนอนในการฝึกสมาธิ น้อมนำสู่ความสงบตามลมหายใจเข้าออก ความรู้สึกเปิด และปฏิบัติตามคำแนะนำวิทยากร	40 นาที
- วิทยากร สรุปเกี่ยวกับการฝึกสมาธิเพื่อการเยียวยา	5 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่ แบ่งปันความรู้สึกการฝึกสมาธิเพื่อการเยียวยา	10 นาที

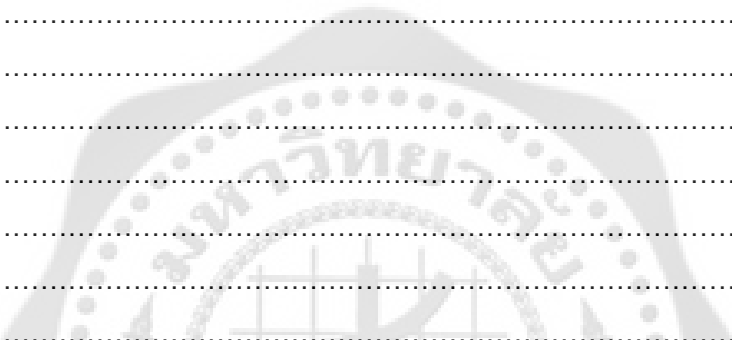
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนหาบริเวณที่สามารถนอนราบได้สะดวก ระยะห่างจากผู้อื่น 1 ช่วงแขนขึ้นไป นอนราบในสภาพที่ผ่อนคลาย ถอดแว่นตา ตามลมหายใจเข้าออกช้าๆ ผ่อนคลายเบาสบาย
2. วิทยากรนำสมาธิแต่ละท่าอย่างช้าๆ และผู้เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติตาม
3. ผู้เข้ารับการอบรมเฝ้าตามดูความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะฝึกสมาธิ
4. บันทึกถึงความรู้สึกและประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกสมาธิ
5. แลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกสมาธิเพื่อการเยียวยา



บันทึกกิจกรรม ใงานที่ 3.1 สมาริเพื่อการเียวยา

ให้นักศึกษำบันทึกถึงควำมรู้สึกและประสพการณ์ที่ได้จำกการฝึกสมำธิเพื่อการเยียววำ ครังนี้



ประโยชน์ที่ได้รับหรือคาดว่าจะได้รับ จากการฝึกสมาธินี้

ท่านคิดว่าจะนำไปใช้กับตนเองและผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

.....

กิจกรรมใบงานที่ 3.2 ชวนชมชวนคุย “หลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ที่จากไป
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบวิธีการปฏิบัติต่อร่างการของผู้ที่จากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเชื่อมโยงความรู้การดูแลผู้สูญเสีย อันจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจความหลากหลายของความเชื่อและความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตและผู้สูญเสีย ผ่านการดูวีดิทัศน์ เรื่องความหลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย รวมถึงบทบาทของผู้เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตและผู้สูญเสีย ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความรู้สึกต่อการปฏิบัติที่ได้เห็นในวีดิทัศน์ สู่การวิเคราะห์สถานการณ์จริงได้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- o นักศึกษา 30 คน
- o อาจารย์วิทยากรและอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร

อุปกรณ์ที่จำเป็น

- o Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
- o สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา
- o วีดิทัศน์ เรื่อง “ความหลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งสบาย ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอ เกือบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการชมวีดิทัศน์ การใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

- 1 ชั่วโมง

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ชมวีดิทัศน์เรื่อง ความหลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย	30 นาที
- บันทึกประเด็นที่สะดุดใจอยากแบ่งปัน	5 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่	15 นาที
- สรุปข้อคิดจากกิจกรรม	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรม
2. ชมวีดิทัศน์ เรื่อง “ความหลากหลายวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย”
3. เมื่อทำกิจกรรมนี้เสร็จแล้ว ให้ผู้เข้ารับการอบรมนี้ทบทวน ชักถาม สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการชมวีดิทัศน์ ในความแตกต่างทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย โดยการตั้งคำถามชี้้นำให้แต่ละคนได้สำรวจความรู้สึกในแต่ละขณะจิตที่ได้ฟัง ได้เห็นและสะท้อนความรู้สึกอย่างไร รวมถึงการปฏิบัติต่อผู้จากไปและผู้สูญเสียที่แตกต่างทางวัฒนธรรมแบบไหนที่จะดีกว่ากัน
4. บันทึกความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดในระหว่างชมวีดิทัศน์
5. แลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์ที่ได้จากการชมวีดิทัศน์

กิจกรรมในงานที่ 3.3 : เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ “TAKING CHANCE”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ที่จากไปและครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบวิธีการปฏิบัติต่อร่างกายของผู้ที่จากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเชื่อมโยงความรู้การดูแลผู้สูญเสียและครอบครัว อันจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตและผู้สูญเสีย ผ่านการดูภาพยนตร์ เรื่อง “TAKING CHANCE” รวมถึงบทบาทของผู้เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตและผู้สูญเสีย เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความรู้สึกต่อการปฏิบัติที่ได้เห็น สู่การนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- นักศึกษา 30 คน
- อาจารย์วิทยากรและอาจารย์ผู้ช่วยวิทยากร

อุปกรณ์ที่จำเป็น

- Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
- สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา
- ภาพยนตร์ เรื่อง “TAKING CHANCE”

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งสบาย ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอ เกือบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการฉายภาพยนตร์ การใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

2 ชั่วโมง 30 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

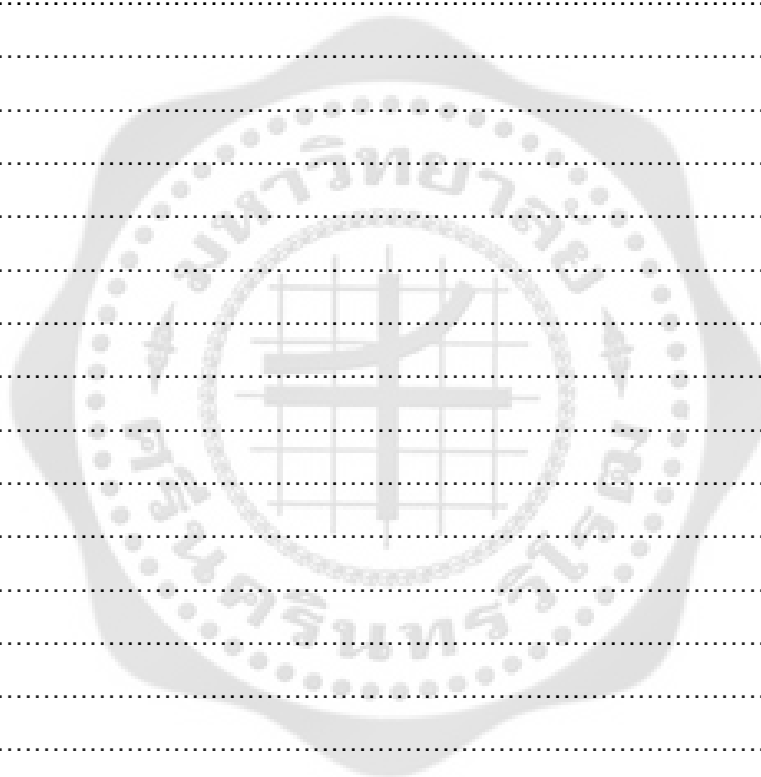
กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ชมภาพยนตร์เรื่อง “TAKING CHANCE”	2 ชั่วโมง
- บันทึกประเด็นที่สะดุดใจอยากแบ่งปัน	10 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่	10 นาที
- สรุปข้อคิดจากกิจกรรม	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรม
2. ชมภาพยนตร์ เรื่อง “TAKING CHANCE”
3. เมื่อทำกิจกรรมนี้เสร็จแล้วให้ผู้เข้ารับการอบรมนี้ทบทวนซักถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการชมภาพยนตร์ โดยการตั้งคำถามชี้แนะให้แต่ละคนได้สำรวจความรู้สึกที่ฟังและสะท้อนความรู้สึกอย่างไรต่อภาษากาย และภาษาถ้อยคำของภาพยนตร์ อีกทั้งต้องทบทวนความรู้สึกของตนเองว่าทำไมเราจึงรู้สึกเช่นนั้น การปฏิบัติและคำพูดอะไรที่ทำให้ผู้ฟังรู้สึกดี ทำที่อย่างไรที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นวางใจ และสะท้อนให้เราเห็นว่าผู้จากไปได้ปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรี และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สังเกตได้ในขณะชมภาพยนตร์ รวมถึงการปฏิบัติต่อผู้จากไปและผู้สูญเสียแบบไหนที่จะนำไปปฏิบัติได้
4. บันทึกความรู้สึกนึกคิดในระหว่างชมภาพยนตร์ ประเด็นที่สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้
5. แบ่งกลุ่มย่อย สมาชิกอภิปรายคำตอบภายในกลุ่มบันทึกคำตอบใน Flipchart / white board ในความคิดเห็นที่ไม่ซ้ำกัน โดยเน้นให้ทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และอาจารย์ประจำกลุ่มสังเกตและบันทึกในแบบสังเกตทักษะการร่วมกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บันทึกกิจกรรมในงานที่ 3.3 : เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ “TAKING CHANCE”

ให้ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนได้สำรวจความรู้สึกที่พึงและสะท้อนความรู้สึกต่อภาษากาย และภาษาล้อคำของภาพยนตร์ อีกทั้งทบทวนความรู้สึกของตนเองว่า ทำไมเราจึงรู้สึกเช่นนั้น การปฏิบัติและคำพูดใดที่ทำให้ผู้ฟังรู้สึกดี ท่าทีย่างไรที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น วางใจ และสะท้อนให้รู้ว่า ผู้จากไปได้ปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรี และพฤติกรรมอื่นๆ ที่ท่านสังเกตได้ในขณะชมภาพยนตร์ รวมถึงการปฏิบัติต่อผู้จากไปและผู้สูญเสียแบบไหนที่ท่านจะนำไปปฏิบัติได้ รวมถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้และความประทับใจจากการชมภาพยนตร์ เรื่อง “TAKING CHANCE”



ใบความรู้ เรื่อง การดูแลหลังการสูญเสีย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม นอกจากจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางแล้ว การดูแลครอบครัวของผู้สูญเสียก็ถือว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน เพราะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักย่อมนำมาซึ่งความเศร้าโศก จนบางคนไม่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าได้

การดูแลความเศร้าโศกหลังการสูญเสีย จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะละเลยมิได้และจะต้องทำตั้งแต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีชีวิตอยู่ เพราะการคลี่คลายสิ่งที่ยังค้างคาใจระหว่างกัน มิได้มีผลดีต่อการช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบเท่านั้น หากแต่ยังช่วยให้คนในครอบครัวสามารถเดินหน้าใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปลอดภัย โปร่ง ที่สำคัญการดูแลความเศร้าโศกหลังการสูญเสีย มิได้ หมายถึง เฉพาะการช่วยเยียวยาอารมณ์ความรู้สึกเท่านั้น หากยังสามารถเป็นโอกาสที่ผู้สูญเสียจะได้เรียนรู้เพื่อนำไปสู่การค้นหาแนวทางการใช้ชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และเมื่อวันที่ยาตายมาเยือน การเรียนรู้เหล่านี้ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้สามารถตายอย่างสงบได้

“Bereavement care ไม่ได้มีจุดหมายที่ทำให้คนไม่เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสีย แต่เราจะพยายามทำอะไรเพื่อให้อารมณ์เศร้า อยู่ต่อไปอย่างมีสมดุลใหม่ โดยปราศจากผู้จากไป

(จากนพ. สิงห์ หัวหน้าหน่วยชีวิตนิตาภิบาล รพ. สงขลานครินทร์)

1. ปฏิบัติการเศร้าโศกจากการสูญเสีย

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย 2 ชนิด

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียทุกชนิดที่ไม่เป็นพยาธิสภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.1 ระยะช็อก ชั่วขณะ ไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาด้วยการแสดงอารมณ์ทุกข์ทรมานอย่างท่วมท้น

1.2 ระยะโหยหา อารมณ์เศร้า โกรธ คิดโทษตัวเองและรู้สึกผิดมีความสนใจในสิ่งของที่สัมพันธ์กับผู้ตาย อาจมีประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ตายยังคงมีชีวิตอยู่

1.3 ระยะที่ช่วงเวลาอารมณ์สงบลง สามารถหวนคิดถึงผู้ตายและเรื่องราวของการสูญเสียได้ สร้างความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างได้ตามปกติ รู้ว่าชีวิตที่เหลืออยู่จะต้องดำเนินต่อไป โดยปราศจากผู้ตาย

2. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียชนิดที่เป็นพยาธิสภาพ สามารถแสดงออกได้ในหลายรูปแบบตั้งแต่การไม่แสดงอารมณ์เศร้าโศกเศร้าหลังการสูญเสีย หรือการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นช้ากว่าปกติ ไปจนถึงอารมณ์เศร้าโศกอย่างท่วมท้นและเรื้อรัง มีความรู้สึกผิดที่เกินกว่าตนเองเป็นต้นเหตุของการตาย มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีอาการทางจิตประสาทหลอน

กล่าวได้ว่า ปฏิบัติการเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม พยาบาลควรให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถผ่านพ้นสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดีเกิดความรู้สึกที่ดีต่อความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาและสามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหวัง ดังนั้น หลักในการพยาบาลดูแลทางด้านจิตใจที่เกิดกับความตายของผู้ป่วยจึงต้องดูแลทั้งผู้ป่วยระยะใกล้ตายและครอบครัว

2. การดูแลความเศร้าโศกหลังการสูญเสีย

หลักการพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. การให้ความสำคัญกับความต้องการภาวะโศกเศร้าและการสูญเสีย ผู้สูญเสียย่อมรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องอยู่กับความทรงจำเก่าๆ อยู่ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายไม่อาจคาดเดาได้ย่อมส่งผลต่อสภาวะจิตใจ สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นไม่แน่นอนย่อมมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปและอาจควบคุมตัวเองไม่ได้ ดังนั้น พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองให้การดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด คอยให้ความช่วยเหลือ ให้ความเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมและการแสดงออกของครอบครัวผู้ป่วยและโดยจัดสถานที่ให้เหมาะสมไม่พลุกพล่าน และให้เวลาอยู่กับญาติผู้ป่วย ควรเป็นผู้รับฟังที่ดี การสัมผัสจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกประทับใจ รวมทั้งให้การพยาบาลช่วยเหลือ และให้กำลังใจสมาชิกครอบครัว ให้ดำเนินชีวิตตามปกติเท่าที่สามารถทำได้เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ในระยะแรกญาติอาจไม่เชื่อว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจริง ควรให้เวลาญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับร่างผู้เสียชีวิตชั่วระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดการยอมรับและมีช่วงเวลาทำใจ จากนั้นพยาบาลจึงให้ความช่วยเหลือในการอาบน้ำแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาของการรับศพ การเคลื่อนย้ายศพ การหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือเมื่อญาติมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2. การติดต่อสื่อสารและการให้ข้อมูล มีความสำคัญต่อครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวล ความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้วางแผนชีวิตต่อไป พยาบาล คือ ผู้ใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและครอบครัวช่วยประสานงานในทีมสุขภาพให้เกิดความเข้าใจ ส่งผลให้การดูแลที่ดี โดยเฉพาะการแจ้งข่าวร้าย ควรแจ้งอย่างเป็นจริงส่วนการปกปิดทำน้อยที่สุด การบอกข่าวร้ายแบ่งได้ ดังนี้

2.1 กรณีสถานที่ไม่เอื้ออำนวย ให้เลือกช่วงจังหวะที่เหมาะสมที่สุดในการบอก โดยแจ้งผู้เกี่ยวข้องโดยตรงหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ ให้สังเกตสภาพจิตใจของผู้ได้รับข่าวร้ายนั้นและพิจารณาว่าผู้นั้นสามารถประคองจิตใจร่วมด้วยหรือไม่ ควรใช้น้ำเสียงปกติและสำนวนที่เข้าใจง่าย

2.2 กรณีที่สถานการณ์เอื้ออำนวย มีเวลาพอที่จะเลือกจังหวะและกาลเทศะของการบอกข่าวร้ายได้ กรณีนี้ให้สร้างสัมพันธ์ภาพกับญาติผู้ป่วย เลือกบอกกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีอำนาจตัดสินใจและมีจิตใจเข้มแข็ง โดยค่อยๆ บอกให้ช้าจากเมตตาและนุ่มนวลให้ข้อเท็จจริงมากที่สุดเท่าที่จำเป็นควรบอกให้เร็วที่สุดเพื่อให้ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจในการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจเท่าที่เป็นไปได้

3. ให้การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับการพยาบาล คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้เยี่ยมผู้ป่วยหรือใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตามความเหมาะสม ควรยืดหยุ่น กฎระเบียบการเยี่ยม โดยเฉพาะวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสรับรู้ รวมทั้งสัมผัสการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญคือการได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสามารถรับรู้ได้ รวมทั้งได้มีโอกาสกล่าวลาเป็นครั้งสุดท้าย และร่วมตัดสินใจยุติการรักษา

ดังนั้น การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองสภาวะทางด้านจิตใจ ต้องมีการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีเวลาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากเท่าที่จะเป็นไปได้

3.แนวปฏิบัติตามหลักศาสนาหลังการสูญเสีย

3.1 หลักปฏิบัติทางศาสนาพุทธสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

ชาวพุทธเชื่อว่า วาระจิตสุดท้ายจะเป็นตัวบอกที่จะไปหลังความตาย การรักษาใจระยะสุดท้ายให้อยู่ในบุญ อยู่ในความดีจึงสำคัญมาก บางครั้งญาติจะนิมนต์พระมานำทางผู้ใกล้ตายหรือนำจิตวิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี บางครั้งพระสวดชกบังสุกุล การสวดชกบังสุกุลไม่ได้เป็นเรื่องการกู้ชีวิตหรือยื้อชีวิตที่เร่งรีบแต่อย่างใด แต่จะได้บรรเทาความห่วงหาอาลัยและยึดมั่นในร่างกายซึ่งทำให้ใจเศร้าหมอง บางครั้งผู้ที่เข้าใจในธรรมะ เป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็สามารถนำทางให้ผู้ใกล้ตายได้นำท่อง “สัมมารัน” “ อรหัง” หรือ” พุทโธ” เป็นการเตือนสติให้ระลึกถึงพระศาสดาเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อบุญติดตัวไปโลกหน้า

เปลี่ยนความเศร้าเป็นความเข้าใจ โดยนำหลักคำสอนในพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้เยี่ยวยาความเศร้าโศก เป็นการผสมผสานระหว่างการเยียวยาอารมณ์ความเศร้าโศกไปพร้อมๆ กับการพัฒนาปัญญาตามหลักไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา หลายครั้งญาติจะทำบุญ ถวายสังฆทาน และทำพิธีกรรมหลายอย่าง เช่น การรักษาศีล การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การสันทนาธรรม เพื่อนำจิตใจให้สงบพ้นทุกข์จากการสูญเสียและเสริมสร้างกำลังใจ ความศรัทธาซึ่งน้อมนำมาให้รู้สึกสงบและสบายขึ้น

การปฏิบัติต่อศพตามหลักศาสนาพุทธ

แนวทางของงานศพเปรียบกับการจัดมหรสพทางจิตวิญญาณ เพื่อเฉลิมฉลองงานสุดท้ายและการเดินทางครั้งใหม่ของชีวิต ควรจัดงานที่เรียบง่าย ประหยัดและที่สำคัญเป็นการจัดงานศพเพื่อการเจริญมรณสติให้ผู้มาร่วมงานได้เห็นสังขารของชีวิต การจัดงานเช่นนี้มีประโยชน์หลายประการ คือ คลายทุกข์ของญาติได้สติในการดำเนินชีวิตต่อไป ทำให้ญาติได้รู้สึกภูมิใจว่าบุญกุศลที่ได้บำเพ็ญครั้งนี้จะไปถึงผู้ล่วงลับ เชื่อมสัมพันธ์หมู่ญาติและมิตรสหาย

เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะทำความสะอาดร่างกาย แต่งกายในชุดที่เหมาะสมสวยงาม ผู้ที่นับถือจะมารดน้ำศพเพื่อแสดงความเคารพ และบรรจุในโลงศพ มีการสวดอภิธรรมจำนวนวันที่สวดขึ้นกับความสะดวกของครอบครัว และทำบุญอาจเป็นการถวายพระหรือสนับสนุนทุนการศึกษาหรือสาธารณประโยชน์อื่นๆ อาจมีการบวชหน้าไฟเพื่อมุ่งอุทิศให้ผู้ตาย อาจมีธรรมเนียมการเปิดฝาโลงทำให้ญาติได้เห็นผู้ตายเป็นครั้งสุดท้าย เป็นโอกาสดีที่จะเจริญมรณสติ หากรู้สึกหวนไหวและร้องไห้ ก็ถือว่าเป็นการปลดปล่อยความรู้สึกออกมา สุดท้ายถึงขั้นตอนฝังหรือเผาทั้งนี้ขึ้นกับความเชื่อของครอบครัว หากเลือกวิธีเผา ญาติจะเก็บอัฐิไว้สถานที่เตรียมไว้ เช่น ช่อดงตามแนวกำแพงวัดหรือลอยอังคาร เพื่อให้เถิดถ่านกลับคืนสู่ธรรมชาติ โดยน้ำเป็นส่วนประกอบพื้นฐานของชีวิตและการกลับสู่ธาตุน้ำถือเป็นความร่มเย็นของชีวิตหลังความตายด้วย

3.2 หลักปฏิบัติทางศาสนาคริสต์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

ชาวคริสต์ เชื่อว่าพระเจ้าประทานชีวิตและกำหนดความตายไว้แล้ว เพื่อให้กลับไปหาพระองค์ และไปอยู่ในที่ที่ดีกว่า การตายเป็นการก้าวไปสู่ชีวิตนิรันดร์ ชาวคาทอลิกเชื่อว่าระยะใกล้ตายคือ ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญไม่แพ้การดำเนินชีวิต และเป็นโอกาสที่จะแปรเปลี่ยนความทุกข์เป็นกุศล บาทหลวงมีบทบาทมากในการนำทางให้ชาวคาทอลิกเข้าสู่หนทางสงบก่อนการจากไปพบพระเจ้า ชาวคาทอลิกที่มีความเชื่อจะรู้สึกอบอุ่นใจและมั่นใจหากมีบาทหลวงไปเยี่ยมและสวดมนต์ให้

บทบาทของบาทหลวงต่อผู้ป่วยใกล้ตาย

1. โปรดอภัยบาปในนามของพระเจ้า เพราะผู้ป่วยระยะนี้มักจะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวล หวาดกลัว บาทหลวงจะอ่านพระคัมภีร์ตอนที่กำลังว่า พระเจ้ามีเมตตา ให้อภัยลูกตลอดเวลา กล่าวซ้ำๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้วางใจในพระเมตตาของพระเจ้า
2. ให้กำลังใจและใจ โดยอ่านคัมภีร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความตายให้ฟังเพื่อให้มีสติตลอดเวลา
3. ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังใจทั้งกายและวิญญาณ เช่น ศีลเจิมผู้ป่วย ศีลสุดท้ายสำหรับผู้ใกล้ตาย บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอกเจิมผู้ป่วย 3 จุด คือ ศีรษะ (ให้รักษาความสงบ มองโลกในแง่ดี) และมือทั้ง 2 ข้าง (ให้รับพลังกลับคืน)

นอกจากบาทหลวงแล้ว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงผู้เป็นที่รัก ควรจะมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เขารู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกลัวโดดเดี่ยว

แนวคิดเกี่ยวกับศพตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนตายควรได้รับความเคารพ เพราะกาย คือ เครื่องมือของใจที่จะทำดี กายทุกกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพแต่จะฝังฝังดินไว้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะเก็บศพไว้ 3 วัน แล้วบาทหลวงจะมารวมตัวกันเพื่อทำพิธีกรรมสำหรับคนตาย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าแม้คนจะตายแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้นการไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปจึงยังสำคัญและควรทำอย่างต่อเนื่อง

3.3 หลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

ชาวมุสลิมมีบทบัญญัติว่าด้วยแนวทางการดูแลและการจัดการการตายไว้ค่อนข้างชัดเจน และเป็นหลักให้ชาวมุสลิมถือปฏิบัติได้ทันที แต่ปัญหามักเกิดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากทีมสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในหลักการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชาวมุสลิม

ชาวมุสลิม เชื่อว่าความตายเป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ที่จะให้แต่ละคนกลับไปหาพระองค์ พระเจ้ากำหนดเวลาเกิดเวลาตายของแต่ละคนไว้ ชีวิตเป็นเพียงทางผ่านไปสู่โลกหน้าเท่านั้น มนุษย์มีหน้าที่เคารพสักการะต่อพระเจ้าด้วยการทำความดี เพื่อจะได้มีชีวิตอยู่ในโลกหน้า ซึ่งเป็นโลกที่แท้จริงที่พึงปรารถนาเป็นโลกที่ยั่งยืน ชาวมุสลิมจึงยอมรับและนับถือการตายเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แต่ต้องดูแลรักษาตนเองให้เต็มที่ก่อนจะจากไป เพราะการปล่อยปะละเลยไม่ดูแลตนเองถือเป็นการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นบาปมหันต์

แนวทางการดูแลและการจัดการการตายตามหลักของมุสลิม

1. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติให้พยายามนึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ระลึกไว้ว่าพระเจ้าเป็นผู้ซึ่งมีเมตตา และหวังว่าท่านจะให้อภัยในบาปต่างๆที่ได้ทำลงไป ไม่ลงโทษ
2. ให้ญาติจับผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้ายด้านขวา (หากทำไม่ได้ให้จับนอนหงาย) หันใบหูซ้ายไปทางทิศกิบลัต คือ ทิศที่ตั้งของมัสยิดละอ์ในนครมักกะฮ์ สำหรับประเทศไทย คือ ทิศตะวันตก
3. ให้ญาติสอนการปฏิญาณตน ให้ผู้ป่วยกล่าวคำว่า "ลาอิลลา ฮาอิลลาลลอฮ์" ซึ่งมีความหมายว่า "ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์" โดยสอนเบาๆไม่เร่งเร้าที่ข้างหูขวา เพื่อผู้ป่วยจะเกิดความสงบ เพราะคำนี้เป็นคำที่ประเสริฐสุด หากก่อนตายใครได้กล่าวคำนี้เป็นคำสุดท้ายจะได้ขึ้นสวรรค์โดยไม่ถูกสอบสวน
4. อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน บท "ญะซีน" ให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟังไม่ว่าเขาจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม การอ่านคัมภีร์บทนี้ พระเจ้าจะส่งความเมตตาไปยังสถานที่แห่งนั้น ทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ สบาย ไม่เจ็บปวด

การปฏิบัติต่อศพตามหลักของมุสลิม

1. จัดทำให้ศพนอนเหมือนคนนอนหลับสบายๆ ถ้าข้างออยู่ให้เอียง ถ้าอ้าปากให้เอาเส้นผ้ามามัดไว้ไม่ให้ปากอ้า มือวางข้างลำตัว หรือกอดอกเอามือขวาทับมือซ้าย
2. เนื่องจากความตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะมีความรู้สึกตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น ดังนั้น ศพที่เสียชีวิตจะยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น จึงห้ามทำให้ศพเจ็บปวดในทุกกรณี การปฏิบัติต่อศพจะต้องทำอย่างทะนุถนอม แฝวเบา ไม่รุนแรง
3. ศพยังมีความละเอียดอยู่ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ศพจะต้องทำอย่างมิดชิด มิให้อวัยวะที่พึงสงวนเปิดเผยให้ผู้อื่นเห็น

การจัดพิธีศพตามหลักศาสนาอิสลาม

เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้รีบจัดการศพอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนสภาพ เพราะหากปล่อยไว้จนศพเปลี่ยนสภาพ เหม็นเน่า จะเป็นบาปทั้งกับผู้ตายและทายาทผู้จัดการศพ การจัดพิธีศพจะทำ 4 ประการ ต่อไปนี้

1. อาบน้ำให้ศพ
2. ห่อศพด้วยผ้าสะอาด
3. เอาศพไปละหมาดที่มัสยิด
4. เอาศพไปฝัง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งญาติและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานทั้งจากความรู้สึกที่กำลังสูญเสียคนที่รัก จากความเครียดและความเหน็ดเหนื่อยที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปกับการทำงานและหาเงินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล หลายคนเกิดความเครียดสะสมจนถึงกับป่วยตามไปด้วย ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพมีบทบาทที่จะต้องช่วยบรรเทาความโศกเศร้าและคอยช่วยเหลือครอบครัวของผู้สูญเสียอีกด้วย

แผนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ที่ 4. การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์ของพยาบาลต่อความรู้สึกของประเด็นขัดแย้งจริยธรรม ผลกระทบต่อพยาบาล แนวทางแก้ไข ผลการแก้ไขและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เข้าใจประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เข้าใจความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญความขัดแย้งทางจริยธรรม
4. อธิบายแนวทางแก้ไขด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเผชิญความขัดแย้งทางจริยธรรม
5. เข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เค้าโครงเนื้อหา

1. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
3. ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
4. ประเด็นปัญหากับความขัดแย้งทางจริยธรรม
5. ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล
6. การแก้ไขและการเผชิญประเด็นทางจริยธรรม
7. ผลจากการแก้ไขและการเผชิญประเด็นทางจริยธรรม
8. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล
9. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
10. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมฝึกอบรม

1. นำสูบทเรียน ชี้แจงกิจกรรม
2. กิจกรรมใบงานที่ 4.1 พินัยกรรมชีวิต
กิจกรรมใบงานที่ 4.2 วิเคราะห์กรณีศึกษา มรณานุสรณ์ สุภาพร พงศ์พุกษ์

3. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ “การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ชมวีดิทัศน์ “มรณานุสรณ์” สุภาพร พงศ์พฤกษ์
5. ประชุมกลุ่มย่อย สรุปบทเรียน ผู้สังเกตประจำกลุ่มให้ข้อคิดเห็นในการสังเกต
6. อภิปรายกลุ่มใหญ่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
7. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ซักถาม รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการฝึกอบรม

1. แผนการฝึกอบรมหน่วยที่ 4 การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. กิจกรรมใบงานที่ 4.1 พันัยกรรมชีวิต
กิจกรรมใบงานที่ 4.2 วิเคราะห์กรณีศึกษา มรณานุสรณ์ สุภาพร พงศ์พฤกษ์
3. ใบความรู้ เรื่อง จริยธรรมและกฎหมายเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. Power point
5. visualize
6. flip chart
7. วีดิทัศน์ “มรณานุสรณ์ สุภาพร พงศ์พฤกษ์”

วัดและประเมินผล

แบบวัดความรู้ก่อน-หลังฝึกอบรม แบบวัดเจตคติ และแบบสังเกตการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมในงานที่ 4.1 : พินัยกรรมชีวิต

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความพร้อมของตนเองในการเตรียมตัวตาย ระลึกถึงความตาย ผึกเตรียมตัวตาย เตรียมละวาง/ปล่อยวางสิ่งที่ผูกพัน/ยึดในชีวิตประจำวัน
- เพื่อน้อมนำผู้เข้ารับการอบรมได้ใคร่ครวญว่ามีสิ่งใดที่สำคัญที่สุดในชีวิตที่ควรทำและรับทำเสีย
- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นความสำคัญของการวางแผนชีวิตให้ชีวิตอย่างไม่ประมาท
- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองเขียนพินัยกรรมชีวิต
- เพื่อร่วมสังเกตและแบ่งปันสิ่งสำคัญที่คุณปรารถนาก่อนตายและทางเลือกในการเตรียมพร้อมรับความตาย

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจความพร้อมของตนเองในการเตรียมตัวตาย เห็นความสำคัญของการวางแผนชีวิต ระลึกถึงความตาย สัมผัสรู้สึกถึงความจริงว่าอาจตายเมื่อใดก็ได้ โดยการคิดถึงสิ่งที่ผูกพัน/ยึดติดในชีวิตประจำวัน ผ่านกิจกรรมเขียนพินัยกรรม ซึ่งจะช่วยให้ไม่ประมาทกับชีวิต คิดได้ว่ามีสิ่งใดที่สำคัญที่สุดในชีวิตที่ควรทำรับทำเสียก่อนที่จะโอกาสได้ทำ ร่วมสังเกตและแบ่งปันสิ่งสำคัญที่ปรารถนาก่อนตาย มีทางเลือกอะไรบ้างในการเตรียมพร้อมรับความตาย และทำไมต้องพร้อมก่อนตาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม
2. อาจารย์ประจำกลุ่ม 1 ท่าน

อุปกรณ์ที่จำเป็น

- Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
- สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งล้อมวงกับพื้น นอกจากนี้ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งล้อมวงห่างกัน 1 ช่วงแขน เว้นไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เพื่อการใช้เสียงและการฟัง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

30 นาที

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
-ผู้เข้าอบรมเขียนพินัยกรรมชีวิตลงในแบบบันทึก	30 นาที
-สรุปข้อคิดจากกิจกรรม ในช่วงท้ายของวัน	

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนพินัยกรรมชีวิต โดยการใคร่ครวญว่า ถ้าหากใกล้ตายตนเองอยากทำอะไร โดยมีรายละเอียด 7 ประเด็น

- อยากให้จัดการทรัพย์สินเงินทองอย่างไร
- อยากให้จัดการเกี่ยวกับครอบครัว/คนที่อยู่ต่อไปอย่างไร
- อยากให้จัดการเกี่ยวกับการเงิน/กิจกรรม/ธุรกรรม ที่ค้างค้างอย่างไร
- อยากให้จัดการเกี่ยวกับร่างกาย/อวัยวะของเราเมื่อตายแล้วอย่างไร
- อยากให้จัดการงานศพของเราอย่างไร
- ไม่อยากให้จัดการรักษาแบบใดเมื่อป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย
- อยากให้ใครจัดการ 6 ข้อข้างต้น บุคคลที่วางใจจำนวน 2 คน

2. ให้บันทึกสิ่งที่รักและผูกพันมาก 10 อันดับ (อาจเป็นคน/ สิ่งของ)

3. ให้พิจารณาว่าหากจะต้องสูญเสียคน/ของ ดังกล่าวในข้อ 2 อะไรที่จะยอมสูญเสียก่อน เรียงลำดับ 1-10

4. ทดลองเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

5. กระบวนการนำอภิปรายข้อคิดที่ได้จากกิจกรรม ชักถามถึงประเด็นที่ปล่อยวาง/จัดการ ได้ยาก ว่าเป็นเพราะอะไร จากนั้นให้ข้อคิดว่าจะต้องมีสักวันที่เราจะต้องสูญเสียสิ่งดังกล่าวข้างต้น (เช่น ไฟไหม้ โจรปล้น เป็นต้น) และเมื่อเราตายเราจะสูญเสียทั้งหมดเลย เพราะความตายมาพราก สิ่งนั้นไป ดังนั้น เราจะปล่อยวางได้หรือไม่ สิ่งนั้นอาจจากเราไปก่อนหรือเราก็ตายก่อน จึงขอให้หัด อยู่อย่างไม่มียึดติด หัดปล่อยวางตั้งแต่บัดนี้

บันทึก กิจกรรมใบงานที่ 4.1 พินัยกรรมชีวิต

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนพินัยกรรมชีวิต โดยการใคร่ครวญว่า ถ้าหากใกล้ตายตนเองอยากทำอะไร โดยมีรายละเอียด 7 ประเด็น

- อยากให้จัดการทรัพย์สินเงินทองอย่างไร

.....

.....

.....

- อยากให้จัดการเกี่ยวกับครอบครัว/คนที่ยู่ต่อไปอย่างไร

.....

.....

.....

- อยากให้จัดการเกี่ยวกับการเงิน/กิจกรรม/ธุรกรรม ที่ค้างค้ำงอย่างไร

.....

.....

.....

- อยากให้จัดการเกี่ยวกับร่างกาย/อวัยวะของเราเมื่อตายแล้วอย่างไร

.....

.....

.....

- อยากให้จัดการงานศพของเราอย่างไร

.....

.....

.....

- ไม่อยากให้จัดการรักษาแบบใดเมื่อเราป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

.....

.....

.....

- อยากให้ใครจัดการ 6 ข้อข้างต้น บุคคลที่วางใจจำนวน 2 คน

.....

.....

.....

2. ให้บันทึกสิ่งที่รักและผูกพันมาก 10 อันดับ (อาจเป็นคน/ สิ่งของ)

3. ให้พิจารณาว่าหากจะต้องสูญเสียคน/ของดังกล่าวในข้อ 2 อะไรที่จะยอมสูญเสียก่อน
เรียงลำดับ 1-10 และรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องสูญเสีย

สิ่งที่รักและผูกพัน	เรียงลำดับ ยอมสูญเสีย	รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องสูญเสีย
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

บันทึกเพิ่มเติม

.....

.....

.....

4. ทดลองเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า

- o เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- o เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- o 1. การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการถอดท่อช่วยหายใจ
- o 2. การใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งหยุดเครื่องช่วยหายใจ (กรณีใส่ไว้แล้ว)
- o 3. การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง รวมทั้งถอดสายยาง
- o 4. การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)
- o 5. การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- o 6. ขบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- o 7. การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
- o 8.

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อหาความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดบริการประเภทดังกล่าวด้วย ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะได้รับการดูแลรักษาด้วยการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน โดยขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- o ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- o การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)

.....

.....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล)
 ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจตามความประสงค์ของ
 ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด
 และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อสถานพยาบาล เมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาใน
 สถานพยาบาลในครั้งแรก

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ลงชื่อ.....

พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน

พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน

บุคคลใกล้ชิด (ได้แก่คนใดคนหนึ่งในรอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภริยา บุตร พี่ น้อง หรือเป็น
 ผู้ที่มีความใกล้ชิด เช่น เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือ หรือผู้ที่อยู่กินฉันท์สามีภริยา เป็นต้น)

ชื่อ-นามสกุล บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน

กิจกรรมใบงานที่ 4.2: วิเคราะห์กรณีศึกษา มรณานุสรณ์ของ สุภาพร พงศ์พฤกษ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยทุกมิติ ทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเชื่อมโยงความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสู่การวิเคราะห์ สถานการณ์ อันจะทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายด้วยสถานการณ์จริง โดยวิเคราะห์สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของสุภาพร พงศ์พฤกษ์ ในมิติที่ศึ้นที่นำเสนอ ฝึกการรับฟังอย่างลึกซึ้งของความต้องการด้านกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและวิธีช่วยเหลือคลายให้เกิดความสบายใจ ใจสงบลง ตลอดจนการปฏิบัติตนของคนในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานการณ์จริงจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- o แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม (กลุ่มเดิมตลอดหลักสูตร)
- o อาจารย์ประจำกลุ่ม 1 ท่าน

อุปกรณ์ที่จำเป็น

- o Flipchart / white board พร้อมปากกาเขียน
- o สมุดบันทึก/กระดาษ พร้อมดินสอ/ปากกา
- o วิดีทัศน์ มรณานุสรณ์ของ สุภาพร พงศ์พฤกษ์

การจัดห้อง

จัดห้องแบบไม่เป็นทางการ โดยทุกคนนั่งล้อมวงกับพื้น นอกจากนี้ขนาดของห้องควรมีพื้นที่เพียงพอต่อการนั่งล้อมวงห่างกัน 1 ช่วงแขน เงียบไม่ถูกรบกวนจากภายนอก เอื้อต่อการใช้เสียงและการฟัง เพื่ออภิปรายร่วมกัน ระยะห่างกันเพียงพอที่เสียงพูดไม่รบกวนกัน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

- 1 ชั่วโมง

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา (ประมาณ)
- ชี้แจงกิจกรรม	5 นาที
- ผู้เข้าอบรมบันทึกสิ่งที่สังเกตได้จากการชมวีดิทัศน์	20 นาที
- อภิปรายกลุ่มย่อย	15 นาที
- อภิปรายกลุ่มใหญ่	10 นาที
- สรุปข้อคิดจากกิจกรรม	10 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรม
2. ชมวีดิทัศน์ มรณานุสรณ์ สุภาพร พงศ์พฤกษ์ อย่างตั้งใจและบันทึกถึงความรู้สึกและการสังเกตเห็นวิธีการเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกในครอบครัวตลอดจนอาสาสมัคร
3. เมื่อทำกิจกรรมนี้เสร็จแล้วนักทบทวนซักถามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการชมวีดิทัศน์ โดยการตั้งคำถามซึ่งนำไปสู่การฝึกอบรมได้สำรวจความรู้สึกในแต่ละขณะที่ฟังและสะท้อนความรู้สึกอย่างไร ให้แต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเอง รวมทั้งผู้สังเกตร่วมแสดงความคิดเห็นด้วยว่า สังเกตเห็นอะไรแล้วรู้สึกอย่างไร เมื่อได้ชมวีดิทัศน์ดังกล่าว เพื่อช่วยให้แต่ละคนได้ทราบว่าเขารู้สึกอย่างไรต่อภาษากาย และภาษากายของกันและกัน อีกทั้งต้องทบทวนความรู้สึกของตนเองว่า ทำไมเราจึงรู้สึกเช่นนั้น คำพูดอย่างไรที่ทำให้ผู้ฟังรู้สึกดี ทำทุกอย่างที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น วางใจที่จะกล้าเปิดเผยความในใจ คำพูดอย่างไรที่สะท้อนให้รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตกังวล ยังมีสิ่งที่ยึดติดอยู่ และพฤติกรรมอื่นๆที่สังเกตได้ ในขณะที่ผู้สังเกตช่วยบันทึกเพื่อนำข้อมูลร่วมอภิปรายกลุ่มใหญ่

ข้อสังเกต

กิจกรรมนี้อาจให้เวลามากกว่าที่กำหนด เนื่องจากผู้เข้ารับการฝึกอบรมอาจต้องใช้เวลาเข้าถึงความรู้สึกตามวีดิทัศน์ ถ้าถูกจำกัดด้วยเวลามากเกินไป อาจทำให้ผู้แสดงไม่สามารถเข้าถึงอารมณ์ได้ ขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ความรู้สึกถึงอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ขาดโอกาสที่จะได้เรียนรู้ความรู้สึกของตนเองให้ชัดเจนได้ สำรวจความรู้สึกในแต่ละขณะที่ฟังและสะท้อนความรู้สึกบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรม

ใบความรู้ เรื่อง การดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เนื้อหาในการดูแลด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย

1. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
3. ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล
6. การแก้ไข/การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
7. ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
8. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล
9. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
10. ตัวอย่างพินัยกรรมชีวิตหรือหนังสือแสดงเจตนา (Living Will)

1. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 1) หลักจริยธรรมทางการแพทย์
- 2) การสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล
- 3) การไม่รักษาหรือการเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว
- 4) การให้อาหาร
- 5) การให้สารน้ำ
- 6) ความเป็นธรรมและการจัดสรรทรัพยากร

1) หลักจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics)

การดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในทุกกรณี จะต้องปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) ที่ใช้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ยิ่งต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นพิเศษ หลักจริยธรรมบางเรื่องมีใช้กฎหมาย แต่สามารถปรับใช้ได้ในทุกกรณี แม้ว่ามีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละประเทศก็ตาม หลักจริยธรรมสำคัญ 4 ประการ มีดังนี้

- 1.1 หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence)
- 1.2 หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence)
- 1.3 หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy)
- 1.4 หลักความเป็นธรรม (Justice)

1.1 หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) คือ สิ่งที่เป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดี ผู้ประกอบวิชาชีพพึงกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

- สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องเป็นผลดีต่อผู้ป่วย
 - จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ
 - ผู้ป่วยไม่ควรถูกสอบถามในเรื่องที่ไม่มีความจำเป็น
 - ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น (unnecessary or futile therapies)
 - จะต้องรักษาความเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตใจ สังคมและทำให้เกิดความสุภาพของ
- ผู้ป่วย
- แพทย์ต้องเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องที่คิดว่าตนเองมีความรู้มากกว่าผู้ป่วย (paternalism - 'doctor knows best')

1.2 หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence) คือ การลดความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ

- สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งทางกายหรือจิตใจ
- จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย การโกหกผู้ป่วยหรือบอกความจริงไม่ครบถ้วนอาจก่อให้เกิดอันตรายได้
- การดูแลรักษาด้วยวิธีการใดๆ จะต้องพิจารณาประโยชน์เปรียบเทียบกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น (possible adverse effects) แก่ผู้ป่วย
- ควรรักษาผู้ป่วยต่อไปก็ต่อเมื่อมีโอกาสสูงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และก่อให้เกิดผลข้างเคียงไม่มากนัก
- จะต้องลดผลกระทบต่างๆ ให้น้อยที่สุด

1.3 หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) คือ การยอมรับสิทธิผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง (patients' rights to self-determination) ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย

- การรักษาจะดำเนินการได้ต่อเมื่อได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อขอความยินยอม (informed consent)
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างๆ ด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ
- หลักการในข้อนี้ใช้กับการรักษาผู้ป่วย และการเลือกสถานที่ให้การรักษา และผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

1.4 หลักความเป็นธรรม (Justice) คือ การจัดหาบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็น

- โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้นทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา หรือ สีผิว

- อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพทั่วโลกยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรม
- การรักษาหลายกรณีจำกัดเฉพาะกลุ่มคนรวย หรือผู้ที่มีอำนาจ มีอิทธิพล หรือผู้ที่สามารถเรียกร้องสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าผู้อื่น
- ในบางประเทศการใช้มอร์ฟีน (morphine) จะให้เฉพาะผู้ป่วยที่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาได้
- ในบางประเทศ การดูแลแบบประคับประคองต้องเสียค่าใช้จ่ายและผู้ที่ไม่มีเงินอาจต้องเสียชีวิตด้วยความเจ็บปวดอย่างล้นพ้น โดยไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การรักษาของแพทย์ หากมีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้อง จะต้องมีการประเมินว่าบุคคลใดที่มีความสำคัญ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็ประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุดเป็นลำดับแรก รวมทั้งพิจารณาผลดีกับผลกระทบในการรักษาแต่ละวิธี

2) การสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล (communication and disclosure)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการอธิบายสถานการณ์ ที่เป็นจริงและครบถ้วน จากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายเท่าที่ต้องการ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การรักษา หากผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของตนเองแล้ว

2.1 ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (treatment planning) ของตนเองได้

2.2 ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมในการรักษา

2.3 ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนที่เหมาะสมสำหรับตนเองและสมาชิกในครอบครัว (เช่น การบอกลา การสั่งเสีย การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน)

ผู้ให้การรักษาควรสื่อสารพูดคุยโดยตรงกับผู้ป่วย ยกเว้นกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ (เช่น กรณีผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้)
2. ผู้ป่วยได้มอบหมายให้เป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง
3. เมื่อเป็นความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมที่จะต้องให้หัวหน้าครอบครัวที่เป็นผู้ชายที่จะสื่อสารแทน

การสื่อสารในเรื่องที่มีความอ่อนไหว เปราะบาง (sensitive matters) ประกอบด้วย

1. ผู้ให้การรักษาจะต้องสื่อสารด้วยความเข้าใจ มีท่าทีเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่เร่งรีบ
2. ต้องสื่อสารด้วยข้อมูลที่เป็นจริง ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย
3. มีความจริงใจ

การไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือการโกหกผู้ป่วย มักจะทำให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย มีผลการศึกษาในหลายประเทศที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (terminal ill patients) มักกลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้มากกว่ากลัวสิ่งที่ตัวเองได้รู้ ผู้ป่วยที่ได้รับทราบความจริงที่ตนเองประสงค์จะทราบ มักจะทุกข์ทรมานน้อยกว่าทั้งทางกายและจิตใจ ประเทศที่มีประเพณี

ที่จะไม่บอกอาการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีความคิดดีๆ ที่จะเตรียมพร้อมรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของตนจากผู้ให้การรักษา การไม่บอกความจริงดังกล่าว ยังทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ เมื่อผู้ป่วยรับทราบข้อมูลหรือคาดการณ์สถานการณ์ที่เป็นจริงได้ภายหลัง

3) การยับยั้งการรักษาหรือการเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withholding or withdrawing treatments)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยไม่เร่งรัดหรือยืดการตายของผู้ป่วยออกไป (neither hastening nor postponing death) เป็นที่ทราบกันดีว่า ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ การยืดชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ถือเป็นจริยธรรมในทางศาสนาและวัฒนธรรมใดๆ ทั้งสิ้น สิ่งที่ต้องดำเนินการจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มิใช่คำนึงถึงระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองจะต้องไม่ถูกใช้เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (prolonging life)

การพิจารณาว่าการยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เช่น สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient's best interests)

1. ต้องพิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
2. เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากที่จะพิจารณา
3. การรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่มีประโยชน์ใดๆ (futile therapy, with no chance of benefit) ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย

ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตควรได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotics) สำหรับการติดเชื้อบริเวณทรวงอกหรือไม่

กรณีนี้ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ รวมทั้ง

- สภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต
- ความปรารถนาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
- ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นตามความเห็นของผู้ป่วย

หากการใช้ยาปฏิชีวนะจะมีผลทำให้ช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น ก็ควรไม่ให้การรักษาใดๆ แต่หากการใช้ยาดังกล่าวจะช่วยควบคุมอาการเจ็บปวดที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาอื่นๆ แล้ว เช่น มีอาการไข้ขึ้นสูงผิดปกติ (pyrexia) หรือมีอาการเพ้อคลั่ง (delirium) ในกรณีนี้ก็อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยไตวาย (renal failure) ที่เกิดจากโรคเมเร็งระยะลุกลามจะรักษาได้อย่างไร

• หาก ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเพราะป่วยเป็นโรคเมเร็ง แล้วมีอาการลุกลามทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ไตวายแล้ว การรักษาเชิงรุก (active therapy) เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม

• ส่วนกรณีผู้ป่วยเคยมีอาการดีในตอนแรก และมีช่วงอายุของชีวิตที่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ มีเพียงอาการไตวายเท่านั้น การพิจารณาใช้สายสวนหรือการระบายน้ำปัสสาวะออกโดยจะใส่สายเข้าไปที่ไต (stenting or nephrostomy insertion) เป็นสิ่งที่เหมาะสม

หมายเหตุ - ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” (quality of life) นี้ จะต้องพิจารณาจาก

• สภาพของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก (person-oriented) มิใช่พิจารณาจากโรคของผู้ป่วย (not disease-oriented)

- จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการยืดชีวิตของผู้ป่วย (life prolongation) ในลำดับแรก
- จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการทำให้โรคสงบ (disease remission) ในระยะยาวในลำดับแรก
- จะต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม (holistic) และมุ่งเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งปัญหา

ทางกายและจิตใจ

• จะต้องใช้ความรู้แบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) หรือมีการทำงานของสหวิชาชีพ (interprofessional) ซึ่งรวมถึงแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการให้การดูแลต่าง ๆ

- ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเท่าที่มีอยู่ของผู้ป่วย

4) การให้อาหาร (artificial nutrition)

ประเด็นคำถามว่าการรักษาในกรณีใดที่จะมีส่วนช่วยฟื้นฟูหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1. ถ้าการรักษานั้นมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก็ควรพิจารณาบนพื้นฐานของการวินิจฉัยทางการแพทย์ และเป็นสิ่งที่ถูกตามหลักจริยธรรม

2. ถ้าการรักษาไม่มีผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว ก็ไม่ควรดำเนินการ

3. ในประเทศกำลังพัฒนายังมีเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต้องนำมาพิจารณา

ประกอบด้วย

ผู้ป่วยที่น้ำหนักลดและอ่อนแอลงอันเป็นผลจากโรคเมเร็งขั้นลุกลาม

1. ซึ่งเกิดจากภาวะเบื่ออาหาร ชูบผอม (cachexia syndrome) หรือ

2. เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของเมเร็งในระยะที่ 2 หรือ

3. เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (enteral or parenteral nutrition)

3.1 ย่อมเป็นการไร้ประโยชน์

3.2 การให้สารอาหารทางหลอดเลือดแก่ผู้ป่วยมักเกิดอาการร่วม ต่อไปนี้

3.2.1 การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ (central venous catheterisation)

3.2.2 ภาวะติดเชื้อ (infections)

3.2.3 ค่าใช้จ่ายที่สูง

3.3 การให้สารอาหารโดยตรงมักทำให้เกิดอาการต่อไปนี้

3.3.1 ปวดท้อง (abdominal cramps)

3.3.2 ท้องเสีย (diarrhoea)

3.3.3 ต้องเปลี่ยนสายเสมอ (feeding tubes)

4. ในบางกรณีผู้ป่วยมีภาวะทุโภชนาการ และขาดอาหาร (malnutrition and starvation) ได้แก่

4.1 ผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารอุดตัน (upper gastrointestinal obstruction) ซึ่งไม่ได้เกิดจากภาวะสุดท้ายของโรคมะเร็ง จำเป็นต้องให้อาหารทางสายที่ใส่ผ่านรูจมูกถึงกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือการให้อาหารทางสายที่เจาะผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร (gastrostomy)

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองเป็นเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ควรได้รับการพิจารณาให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

4.3 ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพเป็นฝัก (persistent) หรือมีภาวะลำไส้อุดตันอยู่เสมอ (recurrent bowel obstruction) การพิจารณาว่าควรให้อาหารทางหลอดเลือดดำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

“การที่ต้องทำอะไรบางอย่าง มิได้หมายถึง การให้สารอาหารเสมอไป”

5) การให้สารน้ำ (artificial hydration)

ประเด็นคำถามว่า การรักษาในกรณีใดที่จะมีส่วนช่วยฟื้นฟูหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1. ถ้าการรักษานั้นมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก็ควรพิจารณาบนพื้นฐานของการ วิจัยทางการแพทย์ และเป็นสิ่งที่ถูกหลักจริยธรรม

2. แต่ถ้าการรักษาไม่ได้มีผลดีต่อผู้ป่วยแล้วก็ไม่ควรดำเนินการ

ผลกระทบในเรื่องการขาดน้ำของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

1. มีภาวะปากแห้ง ซึ่งแก้ไขได้โดยการทำให้ปากชุ่มชื้น

2. มีอาการกระหายน้ำ

3. มีสติสัมปชัญญะหรือการตอบสนองลดน้อยลง (diminished conscious state)

ประโยชน์ของภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

1. ปัสสาวะน้อยลงแสดงว่า มีการเคลื่อนไหวน้อยลงและมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง (less incontinence)

2. ลดเสมหะในหลอดลม เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบและเลือดคั่งในปอด (less pulmonary secretions reduce dyspnoea and terminal congestion)

3. ลดการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้ จะทำให้อาการคลื่นไส้และถ่ายท้อง (less gastrointestinal secretions will lessen nausea and diarrhoea)

4. ลดปัญหาการบวมและมีน้ำเกิดในทรวงอกและช่องท้อง (less problems with oedema and effusions)

ผลเสียที่อาจเกิดจากการให้น้ำแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

1. อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม
2. อาจตีความสัญญาณความหวังของผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ชัดเจนหรือผิดพลาดไป
3. การให้น้ำเป็นการขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว สำหรับการงดให้น้ำแก่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีไข้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
1. จะทำให้ผู้ป่วยกระหายน้ำ ปากแห้งและมีความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension)
2. ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาระดับน้ำในร่างกายที่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนอิริยาบถได้เช่นกัน “การที่ต้องทำอะไรบางอย่าง มิได้หมายถึง การให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเสมอไป”

6) ความเป็นธรรมและการจัดสรรทรัพยากร (justice and resource allocation)

ความเป็นธรรม

1. การจัดสรรทรัพยากรด้านบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันสอดคล้องกับความจำเป็นโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น ความเชื่อ หรือสีผิว
2. ผู้ป่วยทุกคนที่มีระยะโรครุนแรงมากขึ้นเรื่อย และมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่รอดน้อย ควรสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลในการบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานและเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดสรรทรัพยากร

1. คนบางคนเชื่อว่าการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการเป็นลำดับแรก เนื่องจากจะช่วยรักษาชีวิตมนุษย์ที่มีคุณประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม และการสร้างงานต่างๆ
2. คนบางคนเชื่อว่าการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญมากกว่า เพราะสังคมที่ไม่ให้ความสำคัญในเรื่องอาการเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ย่อมมิใช่สังคมที่ดีนัก
3. ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกพยากรณ์โรคว่า อาการของโรคอยู่ในขั้นรุนแรง ไม่สามารถใช้วิธีการรักษาต่างๆ ได้
4. ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศมีการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy drugs) และยาระงับปวด (analgesic medications) ที่มีราคาแพง แต่กลับไม่มีการรักษาอย่างง่าย (และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก) ด้วยการฉีดยาและการใช้มอร์ฟินเป็นส่วนผสม

การดูแลแบบประคับประคองจะต้องมีการเตรียมพร้อมไว้

1. เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อควบคุมอาการ ซึ่งมีได้ทำเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่านั้น
2. เพื่อแสดงถึงความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่าย หรือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย หากใช้วิธีการดูแลรักษาแบบทางเลือก (alternative forms of care)
3. เพื่อแสดงถึงผลการรักษาและประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคอง

2. ลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ (Ethical Problems in Nursing) หมายถึง ปัญหาที่พยาบาลจะต้องพิจารณาใคร่ครวญ ว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ของปัญหาอย่างรอบคอบ ไม่มองเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือยึดมั่นเพียงความคิดด้านใดด้านหนึ่ง นอกจากนี้ปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ยัง หมายถึง สถานการณ์ขัดแย้งที่ต้องตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง (Ethical Dilemmas) (สิวลี ศิริไล, 2553: 214)

เคอร์เทน(Leah Curtin) ได้อธิบายลักษณะกว้างๆของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ที่ต้องเลือกการกระทำไว้ ดังนี้ (สิวลี ศิริไล, 2553: 214-215)

1. เป็นปัญหาที่ไม่อาจหาข้อยุติได้จากเพียงข้อเท็จจริงที่ประจักษ์ (empirical data) แต่เพียงด้านเดียว
2. เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้ชัดเจนว่าจะใช้ข้อเท็จจริงและข้อมูลอย่างไรในการตัดสินใจ
3. ผลของปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นไม่เพียงกระทบต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าในปัจจุบันเท่านั้น แต่มีผลกระทบเชื่อมโยงต่อไปภายหน้าด้วย

กฤษณา เฉลียวศักดิ์ (2545:3) ได้ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 3 ลักษณะ คือ 1) ต้องเลือกกระทำทั้งๆ ที่ไม่อยากเลือก 2) บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง และ 3) เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ

2.1 ต้องเลือกกระทำทั้ง ๆ ที่ไม่อยากเลือก สะท้อนให้เห็นถึงความคับข้องใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่ควรจะทำ และไม่ยอมเลือกกระทำ เพราะการเลือกกระทำในบางสิ่งบางอย่างหากมองอีกด้านหนึ่ง อาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับคนไข้ เช่น “...ก็คนไข้ระยะสุดท้ายแล้วการดูแลก็เป็นแบบ supportive (ประคับประคอง) แต่ก็ยังต้องเจาะเลือดเปลี่ยนเส้นให้ I.V (สารน้ำทางหลอดเลือดดำ) ตลอดทุกครั้งที่ทำคนไข้ก็เจ็บ...ปวด...ดูออกว่าทรมานแต่ก็ต้องทำ...” กล่าววาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรมที่จำเป็นต้องเลือกจากสองทางเลือกหรือมากกว่าและเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ ไม่พึงพอใจจะเลือก (unsatisfactory alternative)

2.2 บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง เนื่องจากการที่พยาบาลจำเป็นต้องเลือกตัดสินใจ กระทำหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในขณะที่เลือกก็รู้สึกขัดแย้งเพราะขัดกับคุณค่าของตัวเอง แต่จำเป็นต้องทำเพราะเป็นหน้าที่และคุณค่าเชิงวิชาชีพ เช่น “...ญาติขอให้พยาบาล ปิดบังคนไข้เรื่องผลการวินิจฉัย...พยาบาลคิดว่าคนไข้ควรรู้ความจริง...แต่ที่ปิดบังก็เพื่อถนอมจิตใจคนไข้ ไม่อยากให้คนไข้ท้อแท้...ขณะที่ไม่บอกพยาบาลก็รู้สึกเหมือนทำผิด...ปกติจะไม่ทำอะไรแบบนี้ เมื่อทำแล้วรู้สึกไม่ดี...” จะเห็นได้ว่าความขัดแย้งในคุณค่า (value conflict) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความแตกต่างในเรื่องคุณค่าและความเชื่อ

2.3 เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ จากสถานการณ์ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเลี่ยงไม่ได้ก็คือ ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต หากเกิดความตายขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่ดูแลอยู่ ซึ่งพยาบาลไม่สามารถเลี่ยงหรือออกจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และยังต้องเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องร่วมรับรู้การตัดสินใจใดๆ ในเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ผลของการเลือกกระทำตามการตัดสินใจนั้นๆ จะวนเวียนอยู่ในความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกบาปหรือรู้สึกผิดก็ตาม ดังเหตุการณ์ที่ “...ญาติตัดสินใจนำคนไข้กลับบ้าน เพราะรู้สึกไม่มีทางเยียวยารักษาให้ฟื้นเหมือนเดิม...พยาบาลต้องปลดเครื่องและถอดท่อช่วยหายใจ...ไม่ทำไม่ได้ ขณะที่ทำก็รู้สึกไม่สบายใจ เพราะคิดว่าบาปที่ทำให้คนไข้ตาย...ก็ต้องอยู่กับสถานการณ์แบบนี้เรื่อย ๆ” แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยากในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในคลินิก ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอันดับแรกๆ ของพยาบาลก็คือ การขาดอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ในประเด็นเรื่องบาป พยาบาลต้องรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาให้ยุติการให้ยา อาหารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการละเว้นการช่วยฟื้นคืนชีพให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะในเรื่องความเชื่อของศาสนา ไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ คริสต์หรืออิสลาม จะให้คุณค่ากับชีวิต การกระทำใดๆ ที่เป็นการจงใจ พรากกายจากชีวิตถือเป็นสิ่งผิดและเป็นบาป

3. ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกออกมาใน 4 ลักษณะ คือ 1) เลือกอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด 2) ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด 3) รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ และ 4) คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย

1) เลือกอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าหนทางเลือกของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ไม่ใช่สิ่งที่ควรเลือกหรือเป็นทางเลือกที่ไม่พึงพอใจจะเลือกซ้ำยังก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง ทั้งนี้ปกติพยาบาลผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วยอยู่เกือบตลอดเวลา การประสบกับความตายซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นเวลานาน ย่อมนำมาซึ่งความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ เพราะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่า “...กรณีคนไข้เป็นผักเป็นปลา (vegetative stage)...พยาบาล ก็อยากให้คนไข้กลับไปอยู่บ้านอยู่กับครอบครัว เพราะจะอบอุ่นกว่า...เวลาจะจากไปก็สงบดี...แต่ถ้าอยู่โรงพยาบาลเวลาคนไข้ arrest (หัวใจหยุดเต้น) ญาติมักมาขอร้องให้ช่วย...จึงจำใจต้องขึ้นไปปั๊ม (ช่วยฟื้นคืนชีพ)...เหตุการณ์แบบนี้มันเครียด เพราะรู้สึกสิ่งที่ทำไม่เกิดประโยชน์กับคนไข้...”

2) **ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด** ความรู้สึกไม่แน่ใจกับสิ่งที่ตนเองกระทำหรือเลือกปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ ว่าเป็นความถูกต้องเหมาะสมแล้วหรือจะเป็นความผิดฐานละเลยการกระทำบางอย่าง ขณะที่บางสถานการณ์ก็ลังเลไม่แน่ใจว่าควรปฏิบัติอย่างไรหรือจะเลือกหลักจริยธรรมข้อใดมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ดังคำบอกเล่าว่า “...เมื่อต้อง off I.V คนไข้ ตามแผนการรักษาทั้ง ๆ ที่ขณะนั้นคนไข้เองก็ไม่ค่อยจะกินอะไร นอนเฉยๆ ผิวหนึ่งแห้งแบบคนผมแห้ง...ถ้ายังคงให้ I.V ต่อคนไข้ก็มีสภาพเดิม...แต่ถ้า off...ก็ไม่ว่าจะเกิดอะไร คิดว่าการทำอย่างนั้นเหมือนการตัดตอนชีวิต เมื่อทำไปแล้วก็มาคิดว่าที่ทำไปจริงแล้วถูกหรือผิด...”

3) **รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ** เป็นความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจยอมทำตามการตัดสินใจของญาติผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถยืนยันได้ว่าการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยนั้นถูกต้องตรงกับความต้องการหรือคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังคำบอกเล่าที่ว่า “...เวลาที่ญาติมาถามเรื่องอาการและโอกาสรอดของคนไข้...ถ้าบอกว่า 5-50 ก็จะไม่สบายใจเพราะดูเหมือนเราจะไม่กำหนดชะตาชีวิตคนไข้ เพราะถ้าญาตินำคนไข้กลับบ้าน ก็ความรู้สึกที่ว่าเป็นเพราะคำพูดของตนทำให้รู้สึกผิดๆ ว่าเป็นความผิดของตน...” จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความตายเป็นเรื่องยากสำหรับทุกคน เมื่อพยาบาลต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ชีวิตผู้ป่วยถูกคุกคามจากการเจ็บป่วยและไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง โดยเฉพาะเมื่อญาติตัดสินใจ เพื่อยุติการรักษาแล้วนำผู้ป่วยกลับบ้าน โดยที่พยาบาลไม่สามารถทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหรือพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยได้

4) **คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย** เป็นความรู้สึกที่เกิดต่อเนื่องกับความรู้สึกผิดบางครั้งก็เกิดกลับไปกลับมา ที่พบว่า คนไข้ระยะสุดท้ายที่กำลังดูแลอยู่ถูกละเมิดสิทธิต่าง ๆ เพราะไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า “...ญาติ (ลูกคนไข้) มาบอกว่าจะพาแม่ (คนไข้) กลับบ้านเพราะทรมาณทั้งคนไข้และคนเฝ้ามานานหลายเดือนแล้ว...ให้เอาเครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลมออก...พยาบาล พยายามอธิบายว่าคนไข้จะเหนื่อย...ญาติก็ยืนยันว่าทรมาณทุกอย่างดีให้เอาออก... ยิ่งเมื่อเห็นคนไข้มีท่าที่ไม่อยากกลับ...พยาบาลรู้สึกอึดอัดและคับข้องใจมาก เพราะพยายามช่วยแล้วก็ไม่เป็นผล...” ทั้งนี้เพราะพยาบาลตระหนักและรับรู้ว่าการกิจหลักของพยาบาล คือ การช่วยเหลือบุคคลแต่ละคน โดยปฏิบัติตามกิจกรรมใดก็ตามที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี หายจากโรคเร็วขึ้นหรือตายอย่างสงบ เมื่อพยาบาลไม่สามารถช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยได้พยาบาลจะเกิดความรู้สึกอึดอัด

แนวปฏิบัติและกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ราชกิจจานุเบกษา (2556: ออนไลน์) กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 และมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือ

แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ได้การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ป่วยหนังสือแสดงเจตนา เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึง ภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

1. รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
2. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
3. ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
4. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ
5. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อนามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุชื่อบุคคล เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรรยายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาและให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธ ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

2. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคล หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

3. ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

4. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภ

ประโยชน์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2556: ออนไลน์)

1. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

1) ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ทำหนังสือสามารถแจ้งความประสงค์ของตนให้แพทย์ ญาติและผู้ใกล้ชิดทราบ เจตนาของตนในภาวะที่ผู้ป่วย/ผู้ทำหนังสือไม่สามารถสื่อสารด้วยตนเองได้

2) ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น การเจาะคอใส่ท่อหายใจ บีมหัวใจ ฯลฯ ที่ช่วยยืดการตายออกไป โดยไม่เกิดประโยชน์ หรือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

3) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสื่อสาร และอำลาญาติมิตรและผู้ใกล้ชิดในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ทำให้ผู้กำลังจากไปได้รับการเยียวยาทางด้านจิตใจ

2. ประโยชน์สำหรับญาติและผู้ใกล้ชิด

- 1) เป็นการเคารพการตัดสินใจและการรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่แสดงเจตนา
- 2) ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและระหว่างแพทย์กับครอบครัวในการวางแผน การรักษา ผู้ป่วยให้เป็นไปตามเจตนาของผู้ป่วย
- 3) ทำให้ผู้ป่วย ญาติและผู้ใกล้ชิดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากการรักษาที่ไม่จำเป็น ซึ่งบางรายถึงกับเป็นหนี้เพื่อการยื้อชีวิตครั้งนี้ โดยปราศจากผลในที่สุด
- 4) ทำให้มีโอกาสรวมกลุ่มญาติ ผู้ใกล้ชิด มีโอกาสสื่อสารและร่ำลากันในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ หรือสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันก่อนจาก

4. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากบทความวิจัย ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของกฤษณา เจริญศักดิ์และคนอื่นๆ สรุปการต้องเผชิญกับประเด็นปัญหากับความขัดแย้งทางจริยธรรมแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ยืดชีวิตหรือยุติชีวิต 2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ 3) เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน และ 4) ทรพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี

1) ยืดชีวิตหรือยุติชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถพัฒนา ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้อาการต่างๆ ของผู้ป่วยดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ การช่วยให้ชีวิตอยู่ต่อไปเป็นเพียงการยืดภาวะใกล้ตายหรือยืดความตายให้ห่างไกลออกไปเท่านั้น และต่างยอมรับกันว่า การที่ชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายยืดยาวออกไป มักจะควบคู่กับความทุกข์ทรมานเสมอๆ ดังนั้น เมื่อพยาบาลเผชิญหน้ากับวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอยู่ท่ามกลางความไม่แน่ใจว่าควรตัดสินใจอย่างไรดีระหว่างการยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไป หรือยุติชีวิตผู้ป่วยลง สถานการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งความยุ่งยากใจ ดังคำบอกเล่าว่า “...ขณะที่ดูแลคนไข้ซึ่งเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย ซึ่งอาการไม่ดีแล้ว... พยาบาล ก็คิดว่าน่าจะปล่อยให้คนไข้ไปนะ...แต่ทุกคนโหมกำลังกันที่จะรักษา ญาติก็เอาน้ำนมมาทามาสูบตัวให้เรา feed (ให้ทางสายยาง) treatment (การรักษา) ก็มากทั้งเจาะเลือด ให้เลือดแทงเส้นให้น้ำเกลือ ดูดเสมหะ ก็ระยะสุดท้ายแล้วทำให้คนไข้ทรมานต่อทำไม..ทำไมไม่ปล่อยคนไข้ไป...” และกรณี “...คนไข้เอดส์ ที่หอบเหนื่อย เราเห็นว่าคนไข้หายใจเองไม่พอถ้าช่วยหายใจจะดีขึ้น...อย่างนั้นคนไข้จะต้องอยู่ต่อด้วยชีวิตที่เป็นเอดส์เป็นภาระกับตัวเองกับครอบครัวและบางครั้งก็ถูกทอดทิ้ง...ถ้าไม่ช่วยคนไข้จะต้องกระวนกระวายดิ้นรน เพราะขาดอากาศซึ่งเราก็ช่วยได้ระดับหนึ่งเท่านั้น...เวลานี้ไม่แน่ใจเหมือนกันว่าอย่างไรจะเกิดประโยชน์กับคนไข้ที่สุด” อย่างไรก็ตามความขัดแย้งดังกล่าว ยังคลุมเครืออยู่ แม้หลายประเทศจะพยายามใช้กฎหมายและการตัดสินใจในศาลมาใช้เพื่อช่วยทำให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น ซึ่งพบว่ายังคงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เช่นเดิม

2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา บางครั้งพบกับความอึดอัด ยุ่งยากใจ เมื่อต้องตอบคำถามมากมายเกี่ยวกับการวินิจฉัย แนวทางการรักษา ผลการรักษาและการดำเนินไปของโรค การบอกความจริงไม่ว่าจะเกี่ยวกับเรื่องใด ๆ อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่ได้รับทราบความจริง ความจริงที่เกี่ยวกับการรักษาของโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย มักจะทำให้เกิดการสูญเสียความหวัง หดท้อกำลังใจในการต่อสู้ อาจทำให้อาการทรุดหนักซึ่งเกิดได้ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ การบอกความจริงถ้าเป็นข่าวร้ายย่อมทำให้ผู้ที่บอกเกิดความยุ่งยากใจเป็นธรรมดา และขณะเดียวกันพยาบาลเองยังไม่ได้รับสิทธิทางกฎหมายอย่างชัดเจนในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ขณะเดียวกันข้อมูลของผู้ป่วย ถือเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พยาบาลต้องเก็บรักษาไว้ด้วยความซื่อสัตย์ เพราะถือเป็นการรักษาคำมั่นสัญญา (fidelity) อันเป็นหลักจริยธรรมที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ เหล่านี้ล้วนนำมาซึ่งความยุ่งยากและลำบากใจของผู้ให้ข้อมูล ดังคำบอกกล่าวว่า “...เวลาที่คนไข้ เอ็ดส์ เข้ามาแล้วอาการหนักมากขึ้น.. ญาติรีบเร้าถามจากพยาบาลว่าคนไข้เป็นอะไร หมอวินิจฉัยว่าอะไร... พยาบาล ไม่สามารถจะบอกความจริงได้ ทั้งที่ก็อยากจะบอก เพื่อญาติได้เตรียมตัวเพื่อความถูกต้อง แต่ก็เป็นสิทธิของคนไข้... หากญาติไม่ทราบมีการปลั่งเปลือ ญาติอาจรับเชื้อโรคเข้าไป..ไม่แน่ใจว่าการกระทำถูกหรือไม่” พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจะเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม ในเรื่องการบอกความจริงว่าไม่รู้จะบอกอย่างไร จึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย เนื่องจาก 1)เกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ 2)เกรงว่าจะถูกตำหนิว่าให้การรักษาพยาบาลผิดพลาด 3)เกิดความไม่มั่นใจ ไม่รู้ว่าจะพูดหรือมีท่าทีอย่างไร และ(4) กลัวต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย แล้วไม่แน่ใจว่าจะตอบสนองอย่างไร

3) เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน นั้นหมายถึง พยาบาลจะต้องตระหนักในความเป็นบุคคล ความเป็นเอกภาพและความแตกต่างระหว่างบุคคล คำนึงถึงคุณค่าความเชื่อและเป้าหมายของบุคคลเป็นหลักในการพยาบาล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางครั้งมีความยุ่งยากและซับซ้อน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งเชิงคุณค่าได้ง่าย อาทิเช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพและการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วย ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าว จะต้องเกี่ยวข้องกับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ต้องทำตามที่ญาติต้องการแม้ไม่เห็นด้วย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะเลือกกระทำสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์กับคนไข้อย่างสูงสุด แต่บางครั้งการให้คุณค่าของญาติและพยาบาลแตกต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้ง เนื่องจาก คิดว่าการตัดสินใจของญาติไม่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย แต่ก็จำเป็นต้องทำตามที่ญาติต้องการ ดังคำบอกกล่าวว่า “...ขณะที่ดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย พยาบาลจะดูแลคนไข้อย่างมีหวัง เพื่อผู้ป่วยจะสบายขึ้นบ้าง ลดความทรมานลง...ขณะที่ญาติลี้เล ขอนำตัวคนไข้กลับบ้าน...ท้ายสุดพยาบาลก็ไม่สามารถทำอะไรได้ต้องปล่อยให้ญาตินำคนไข้กลับบ้าน...”

3.2 อยากช่วยชีวิตผู้ป่วยแต่บทบาทไม่เอื้อ เป็นข้อจำกัดทางวิชาชีพที่พยาบาลไม่มีอิสระพอหรือสิทธิหน้าที่ในการสั่งการรักษา ดังคำบอกกล่าวว่า “...การดูแลโรคบางอย่างที่รักษาไม่หาย...เมื่อคนไข้มีอาการหนักมากที่มักจะปล่อย...พยาบาลยังอยากช่วยต่อ...แต่พยาบาลไม่สามารถทำได้ เพราะไม่ใช่บทบาทตามที่วิชาชีพกำหนด...เลยคิดว่าตัวเองเหมือนไม่ได้ช่วยชีวิตคนไข้ตามที่ควร...” ซึ่งปรากฏการณ์ในลักษณะนี้ มักจะพบได้เสมอๆ ในสถานการณ์ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย ที่พยาบาลมักจะถูกกันให้ออกจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้พยาบาลรับรู้ได้ถึงภาวะไร้พลังอำนาจ (powerlessness) ที่พยาบาลจะเลือกทำตามความ คิดและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยตามวิชาชีพมากกว่าทำตามแผนคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือเป้าหมาย/ นโยบาย ของหน่วยงาน

4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี พยาบาลตระหนักในเรื่องความเท่าเทียมกันด้านการรักษาและการกระจายประโยชน์สำหรับทุกคน และเป็นไปอย่างมีมนุษยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องการจัดสรรเตียงและเครื่องมือพิเศษโดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจ มักเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจเสมอมา ดังตัวอย่างสถานการณ์ว่า “...ขณะที่ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายซึ่งกำลัง wean (หย่าเครื่องช่วยหายใจ) เรบอกไม่ได้ว่าจะ wean ได้ตลอดรีเปลา ขณะเดียวกันมีคนไข้รายหนึ่งเข้ามาต้องการใช้เครื่อง...ไม่รู้จะอย่างไร...เครื่องช่วยหายใจนั้นควรเป็นของใคร...” สถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาให้พยาบาลคิดต่อไปว่าการกระทำใดถือเป็นประโยชน์กับคนไข้หรือถือเป็นการสมควรหรือไม่เพียงใด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควรอยู่ที่ไหน

5. ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ยากต่อการหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมหรือเกิดผลดีกับทุกฝ่าย ประเด็นขัดแย้งจากการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลกระทบต่อพยาบาลไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) ประสบการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติ 2) ความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ไม่อยากทำงาน และ 3) ทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ

5.1 ประสบการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติ เป็นผลกระทบด้านบวกที่เกิดจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้นและเพิ่มความเชื่อมั่น (self-confidence) ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการส่งเสริมให้มีการฝึกคิดวิเคราะห์ นอกจากนี้การที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมหรือเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหรือเป็นเจ้าของประสบการณ์เอง ก็จะเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความชำนาญหรือเชี่ยวชาญด้านการคิดริเริ่มสร้างสรรค์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

5.2 ความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ไม่อยากทำงาน เป็นผลกระทบด้านลบจากการที่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เมื่อพยาบาล พบว่า ตนไม่สามารถจะกระทำใดๆ ตามที่เลือกตัดสินใจ แต่ด้วยแนวคิดดังกล่าวไม่ตรงกับคุณค่าความเชื่อของญาติหรือแพทย์เจ้าของไข้ ในขณะที่พยาบาลมองว่าแม้พยาบาลจะคิดว่าสิ่งนั้นจะเกิดประโยชน์กับ

ผู้ป่วยอย่างสูงสุดก็ตามความขัดแย้งนี้จะนำมาซึ่งความหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) และยังก่อให้เกิดความท้อแท้และพยายามหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ดังกล่าวและไม่อยากทำงานต่อไป

5.3 ทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ เมื่อพยาบาลจำเป็นต้องเลือกตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นไปตามความประสงค์ของใครก็ตาม บางครั้งอาจเป็นการละเมิดซึ่งสิทธิของผู้ป่วย โดยเฉพาะสิทธิการตาย (right-to-die) เพราะต่างก็รับรู้กันว่ายี่ดยิตความตายออกไปก็เท่ากับยี่ดยิตความทุกข์ทรมานให้ยาวนานออกไปด้วย ซึ่งพยาบาลจะรู้สึกทุกข์ใจมากเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว เช่น “...ญาติจะวิงวอนให้ช่วยฟื้นคืนชีพให้คนไข้...รู้อยู่เต็มอกว่าการทำแบบนี้ไม่ช่วยอะไรคนไข้เลย...แต่ละทีก็กระแทกลงไป (CPR) คนไข้ก็คงเจ็บ ทำไปก็ไม่สบายใจ ทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องในความคิดของตน แต่ต้องทำ เกิดความไม่สบายใจ หดหู่ เหมือนไม่ได้ทำเพื่อคนไข้...” ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าเป็นทุกข์ใจและเหมือนตกอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์ทรมาน และเมื่อพบว่าแพทย์พยายามรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้กับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อรอจนกว่าญาติหรือแพทย์จะยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

6. การแก้ไข/การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งอธิบายไว้ 5 ลักษณะ คือ 1) ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น 2) ปรีกษาหรือ 3) พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก 4) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง และ 5) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย พัททษสิทธิผู้ป่วย

1) ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าพยาบาลจะเลือกตัดสินใจใดๆ ก็ตามย่อมเป็นผลมาจากการคิดและไตร่ตรองมาแล้ว ดังนั้น ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2) ปรีกษาหรือ เป็นวิธีหนึ่งเมื่อพยาบาลไม่สามารถก้าวผ่านประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ หรือเกิดความลังเลในทางเลือกตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้น คือ เกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจระหว่างอะไร คือ สิ่งที่ถูกต้องและดีที่ควรทำ (what was the right and good thing to do) ในขณะที่ไม่แน่ใจว่าจะทำให้เกิดความถูกต้องหรือดีที่สุดได้อย่างไร (how to do the right and good thing) พยาบาลจึงเลือกวิธีการปรีกษาหรือ เพราะการช่วยกันคิดพิจารณาย่อมได้ทางเลือกที่เกิดผลดีที่สุด

3) พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก มองเหตุการณ์ที่ทำว่าเป็นการกระทำเพื่อผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ตามหน้าที่ของพยาบาลและช่วยให้ตนเองสบายใจขึ้น

4) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง ความเชื่อของศาสนา จะช่วยลดความเครียดจากการเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยและยังลดความทุกข์ทางใจลงได้ ด้วยว่าทุกคนต้องตาย ดังนั้น จึงคิดว่า “...ผู้ป่วยคงทำบุญมาแค่นี้ หรือเป็นไปตามประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า...” การตายถือเป็นจุดหมายปลายทางของการเดินทางจากชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่

5) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย พักพักรักษาผู้ป่วย การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นหน้าที่ที่พยาบาลกระทำตลอดมา กล่าวคือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างดีที่สุด ตามสิทธิที่ผู้ป่วยและควรได้เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของผู้ป่วย

7. ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทั้งบวกและทางลบ ทางบวก คือ ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ผลนำมาซึ่งความสบายใจ คลายความคับข้องใจในวิชาชีพ และผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดีที่สุด ส่วนผลทางลบ คือ พยาบาลยังคงมีความคับข้องใจมีความเครียด เพราะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังไม่ได้รับแก้ไข หรือเมื่อแก้ไขแล้วยังกังวลใจถึงผลที่จะเกิดกับผู้ป่วย

ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทางบวกมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด เป็นความภาคภูมิใจที่พยาบาลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้รับการตอบสนองความต้องการครบถ้วน

2. สัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น ทั้งนี้เกิดจากความร่วมมือ ปรีกษาหารือกันที่จะหาทางแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ทำให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น ทั้งนี้เพราะมีการยอมรับความคิดเห็นกันอย่างสร้างสรรค์ ไม่ล่วงล้ำหรือล่วงเกินบุคคลอื่น (invade autonomy) สัมพันธภาพจึงดีขึ้น ผลลัพธ์ของการดูแลจะเกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยซึ่งจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ส่วนพยาบาลจะเกิดความปิติสุขเข้าใจผู้ป่วยและเกิดความภาคภูมิใจ

ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทางลบมีรายละเอียด ดังนี้

สำหรับผลทางลบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนต่อการแก้ไข และแม้ว่าจะแก้ไขประเด็นหนึ่งก็ย่อมต้องกระทบกับอีกประเด็นหนึ่งเสมอ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เกิดความเครียด / กังวลใจถึงผลการกระทำ ทั้งนี้เพราะผลลัพธ์ไม่ดีไม่ว่าจะเลือกอย่างไร เช่น “...ขณะที่พยายามช่วยคนไข้อย่างเต็มที่...เพื่อหวังให้คนไข้มีโอกาสได้ตื่นพบกับญาติอีกสักครั้ง ก็กังวลลึกๆ เหมือนกันว่า เมื่อถ้าฟื้นคืนมาจะกลายเป็นภาระของครอบครัว รีบเล่า...และจริง ๆ แล้วผู้ป่วยต้องทำอะไร...ไม่รู้...คิดแล้วก็เครียดเมื่อนึกถึง”

2. สิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์ ทั้งที่พยาบาลพยายามจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ แต่ญาติมักจะท้อแท้และสิ้นหวังและไม่ยินยอมให้ช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป เช่น “...กรณีที่คนไข้ต้องรักษานานกว่าที่อาการจะคงที่ ญาติก็ไม่อยากให้รักษาต่อ ทั้งแพทย์และพยาบาลก็พยายามให้ข้อมูล ญาติก็ยืนยันจะพาคนไข้กลับบ้าน เซ็นต์ไม่สมัครใจอยู่ แล้วพาคนไข้กลับบ้าน”

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมักประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และผลของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นกระทบกับพยาบาลทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งทำให้พยาบาลต้องพยายามค้นหาวิธี เพื่อการแก้ไข/การเผชิญปัญหา แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ยังไม่สามารถบอกหรือระบุได้ว่าอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่บอกได้ว่าไม่ว่าจะเลือกตัดสินใจอย่างไร ย่อมมีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งสิ้น

8. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

8.1 เพื่อลดความคับข้องใจให้กับผู้ปฏิบัติ ควรมีการจัดตั้งทีมที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการจริยธรรม เพื่อให้ข้อเสนอแนะและหาแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่พยาบาล

8.2 เพิ่มศักยภาพให้กับพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในคลินิก โดยการจัดการอบรมเพื่อส่งเสริมความมั่นใจ และความเชื่อมั่น

8.3 ควรมีการระบุหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรด้านการรักษาให้เป็นของคณะกรรมการจริยธรรมด้วย เพื่อให้การจัดสรรเป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน

9. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้มิใช่เป็นเพียงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่กฎหมายฉบับนี้เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนโดยทั่วไปด้วย เพราะได้นิยามความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ในภาพกว้าง และเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทยก็คือ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในต่างประเทศเรียกว่า การทำ Living Will หรือ Advance Directive อนึ่งแม้ว่าใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้แล้ว แต่กฎหมายดังกล่าวได้เขียนไว้ว่า การดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งขณะนี้ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ยกร่างกฎกระทรวง เพื่อประกาศใช้เป็นกฎหมายต่อไป

1. หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Living Will) ตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ บัญญัติไว้ว่า “มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ความมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งต้องเข้าใจว่าการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องการุณยฆาต (Mercy Killing) ไม่ใช่กรณีเร่งการตายที่เป็น Active Euthanasia แต่เป็นเรื่องของการตายตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะยืดการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ

การเขียน Living Will ไว้จึงเป็นแนวทางให้แพทย์ได้เดินไปในแนวทางของ Passive Euthanasia โดยไม่ใช่เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ การรักษาพยาบาลที่ควรกระทำคือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาได้จากไปอย่างสงบตามวิถีแห่งธรรมชาติ

2. กฎกระทรวงเพื่อดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยที่มาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มิได้กำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตนา การออกกฎกระทรวงจึงต้องกำหนดให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในพระราชบัญญัตินี้ คือกำหนดได้เฉพาะเกี่ยวกับรายละเอียดในขั้นตอนดำเนินการ อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความชัดเจนในถ้อยคำของมาตรา 12 ในกฎกระทรวง จึงเริ่มด้วยการขยายความถ้อยคำหรือข้อความในมาตรา 12 ดังนี้

“หนังสือ แสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยให้มีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจจะแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ โดยวิธีสื่อสารตามปกติ และให้หมายความรวมถึงเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่บุคคลสามารถแสดงเจตนาได้

“บริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการทางการแพทย์หรือวิธีการอื่นใด ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมตัดสินใจนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อวัตถุประสงค์จะยืดการตายออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นไปจากความตาย หรือพ้นจากการทรมานโดยสิ้นเชิงได้ โดยรวมถึงการช่วยการหายใจ การให้ยาเพิ่มหรือลดความดันโลหิต และชีพจรชั่วคราว การถ่ายเลือด การล้างไต และวิธีการอื่นทำนองเดียวกัน แต่ไม่รวมถึงการให้ยาหรือวิธีการใดที่จะระงับความเจ็บปวดเฉพาะคราว

“วาระ สุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรค ที่ไม่อาจจะรักษาให้หายได้และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทั่วไปในทางวิชาชีพ เห็นว่าภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่นาน และให้รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย ดังเช่นกรณีที่มีกรเรียกกันว่า อยู่ในสภาพเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา คือ ยังมีชีวิตอยู่แต่ไม่สามารถรับรู้อะไรได้ ในกฎกระทรวงที่ยกสร้างขึ้นนี้ จึงได้ขยายความคำว่า “สภาพผักถาวร” (persistent vegetative state – PVS) ด้วยดังนี้

“สภาพผักถาวร” หมายความว่า ภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางวิชาการแพทย์ว่า มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างยาวนานและถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีก็เพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

นอกจากนี้ ยังได้ขยายความหมายของข้อความที่ว่า “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ด้วยโดยให้ความหมายดังนี้

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกาย ทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานดังกล่าวลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น หรือหายจากการบาดเจ็บหรือโรคนั้นได้ เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นต้น

เมื่อได้ขยายความหมายของถ้อยคำในมาตรา 12 ให้เกิดความชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว ในข้อ 2 ของร่างกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ดังนี้

2.1 เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนา มีความชัดเจนที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาควรมีข้อมูลให้สามารถสื่อความหมายได้ ดังนี้

ก. รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (เช่น ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้)

ข. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

ค. ชื่อพยานและคุณสมบัติของพยานที่รับรองสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (ถ้าไม่รับรองแพทย์ก็ให้แนบไว้กับหนังสือแสดงเจตนาด้วย)

ง. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ และกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการไปก่อนหน้าแล้ว ก็ให้ระบุข้อความว่า ให้ระงับการให้บริการนั้นได้

จ. กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มิได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง ให้ระบุชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วย

ฉ. ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ลายมือชื่อของพยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

2.2 หนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุชื่อบุคคลใกล้ชิด ที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ความไว้วางใจ ซึ่งต้องเป็นผู้มีความสามารถสมบูรณ์ตามกฎหมายไว้ด้วยก็ได้ เพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา รวมทั้งกรณีที่หนังสือแสดงเจตนาระบุให้บุคคลดังกล่าว เป็นผู้ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาใดๆ แทนตนก็ได้ บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องแสดงการยอมรับ โดยต้องลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไว้ด้วย

2.3 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ตลอดเวลา ในกรณีมีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำครั้งสุดท้ายเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

2.4 หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรูายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิตที่บ้าน ความปรารถนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ ซึ่งหมายรวมถึงการสวดมนต์ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้สถานพยาบาลควรให้ความร่วมมือตามความเหมาะสม

3. หลักเกณฑ์ วิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ของร่างกฎกระทรวงได้ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้ดังนี้

3.1 ผู้เก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ใดไว้ เมื่อผู้แสดงเจตนาเข้ารับการรักษาด่วนในสถานพยาบาลใด ให้แสดงหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย หรือข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานพยาบาลนั้นโดยไม่ชักช้า และให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขนำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้รายงานให้ผู้บริหารสถานพยาบาลนั้นได้ทราบ กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและมีได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา เมื่อผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ให้ส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาให้แก่ผู้ป่วย

3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วย ทำความเข้าใจโดยอธิบายภาวะและความ เป็นไปของโรคของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งขอคำยินยอมการปฏิเสธบริการสาธารณสุขตาม หนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว รวมทั้งอธิบายถึงวิธีปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาให้แก่ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ชัดเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะรับรู้ สื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา

3.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ และผู้ป่วยมีความประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานพยาบาล ก็ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้ความสะดวกตามสมควร ดังนี้

ก. อำนวยความสะดวกในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย โดยอาจ จัดเตรียมแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาที่สถานพยาบาลจัดทำขึ้น

ข. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม ข้อ 2

3.4 กรณีที่มีปัญหาการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา หรือการตีความหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วย ควรปรึกษาร่วมกับบุคคล ใกล้เคียงตามข้อ 2.2 หรือญาติผู้ป่วย เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาต่อไป โดยควรทำการรักษา เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.5 ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้หนังสือแสดงเจตนามีผลก็ต่อเมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

อนึ่ง แม้ในร่างกฎกระทรวงจะได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการต่าง ๆ ไว้แล้ว แต่ก็ยังไม่อาจจะเขียนให้ครอบคลุมปัญหาในทางปฏิบัติได้ทั้งหมด อีกทั้งปัญหาในภาคปฏิบัติบางกรณี อาจ มีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่

4. สถานพยาบาลอาจกำหนดแนวปฏิบัติหรือระเบียบภายใน เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล สามารถปฏิบัติงานได้สะดวกตามกฎหมายกระทรวงนี้

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การประกาศกฎกระทรวงในครั้งนี้ เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) เท่านั้น มิได้กำหนดในเรื่องของแบบหนังสือแสดงเจตนา เพราะกฎกระทรวงจะเขียนเกินกว่าความมุ่งหมายที่พระราชบัญญัตินี้ให้อำนาจไว้ไม่ได้

10. ตัวอย่างพินัยกรรมชีวิตหรือหนังสือแสดงเจตนา (Living Will)



ตัวอย่างพินัยกรรมชีวิต หรือ หนังสือแสดงเจตนา

61/76 เลนานิเวศน์ 2 จระเข้บัว

ลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

1 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง แสดงเจตนารมณ์ปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

เรียน แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่เคารพ

1. ในขณะที่เขียนหนังสือแสดงเจตนารมณ์นี้ ผมมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติดีทุกประการ โดยมีญาติของผมเป็นพยาน

2. ผมขอใช้สิทธิตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยขอยืนยันสิทธิของผม ดังนี้

2.1 ในกรณีที่ผมป่วยด้วยสาเหตุใดก็ตาม จนตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรักษาให้หาย กลับมามีชีวิตได้อีกและผมไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะพิจารณาเกี่ยวกับแผนการรักษาของผมได้แล้ว

หากหัวใจผมหยุดเต้น ผมขอไม่รับการกระตุ้นหัวใจด้วยวิธีการต่างๆ

หากการหายใจผมล้มเหลวลง ผมขอไม่รับการเจาะคอหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผมขอรับการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยทุกข้อมเท่านั้น ไม่ขอรับการรักษาหรือรับหัตถการใดที่จะยืดการตายของผมออกไปโดยไม่จำเป็น เพื่อให้ผมเสียชีวิตไปโดยธรรมชาติ

2.2 หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาข้างนี้เกิดขึ้นในช่วงที่ผมไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ขอให้ภรรยาของผม (นางวงเดือน จินดาวัฒนะ) และบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นผู้ร่วมพิจารณากับแพทย์เจ้าของไข้ และให้ดำเนินการไปตามนั้นได้

3. ผมขอขอบคุณแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ให้การดูแลผมด้วยความเมตตากรุณาและให้ความเคารพสิทธิของผมเป็นอย่างดี ขอให้ทุกท่านมีความสุขและมีความสุข

ลงชื่อ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้แสดงเจตนารมณ์

ลงชื่อ

(นางวงเดือน จินดาวัฒนะ)

ภรรยา - พยาน

ลงชื่อ

(ทพญ.ประทุม จินดาวัฒนะ)

พี่สาว - พยาน

จากงานวิจัย "สิทธิการปฏิเสธการรักษาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ :

ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ" ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตัวอย่างพินัยกรรมการตายของท่านพุทธทาส

วัดธารน้ำไหล สวนโมกขพลาราม

อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2536

พระธรรมโกศาจารย์ พุทธทาสอินทปัญโญ ทำพินัยกรรมฉบับนี้ เพื่อเป็นไปตามพระอริยวินัย ในเรื่องการจัดการศพให้เป็นไปตามธรรมดาที่สุด ดังต่อไปนี้

1. ให้พระครูปลัดศีลวัฒน์ (โพธิ์ จันทสโร) เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า หากพระครูปลัดศีลวัฒน์ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่นี้ได้ ไม่ว่าด้วยเหตุอันใด ให้พระครูปลัดศีลวัฒน์ ตั้งผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน

2. ให้ละเว้นการขอพระราชทานโกศและทำพิธีอย่างอื่นนอกจากที่กำหนดไว้ในพินัยกรรมนี้

3. ให้เก็บศพในโลงปิดมิดชิดและละเว้นการเปิดดู ละเว้นพิธีรดน้ำศพ ละเว้นการฉีดยาพละเว้นพิธีสวดศพ

4. ให้เผาศพในสามเดือนหรือถ้าจำเป็นก็ไม่เกิน 1 ปี โดยจัดการอย่างง่ายที่สุด ไม่จัดงานพิธีให้เผาศพในบริเวณเขาพุทธทอง โดยปักเสา 4 มุมและดาดผ้าขาวเป็นเพดานเท่านั้น มิให้สร้างเป็นลักษณะอื่นยิ่งไปกว่านี้ กระดูกทั้งหมดให้นำไปเก็บไว้ในที่ที่ศาลาธรรมโมฆะแห่งเดียวและเทซีเมนต์ทับ สำหรับถ้ำนั้นให้แบ่งเป็น 3 ส่วนนำไปโปรยที่ช่องหมู่เกาะอ่างทอง อีกส่วนหนึ่งที่เขาประสงค์ และที่ดินน้ำตาปีเขาสก

5. ให้จัดงานศพของข้าพเจ้าตามที่ได้สั่งไว้ในพินัยกรรมนี้ มิให้จัดการอย่างอื่นนอกเหนือจากที่ได้กล่าวมานี้ ข้าพเจ้าได้ลงชื่อในพินัยกรรมต่อหน้าพยานข้างล่างนี้

พระธรรมโกศาจารย์ พุทธทาสภิกขุ อินทปัญโญ ผู้ทำพินัยกรรม

นายจิตติ ดิงศภักดิ์

พยาน

นายแพทย์ วิจารณ์ พานิช

พยาน

พระเทพ จูติปัญโญ

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

ท่านพุทธทาสสมรณภาพอย่างสงบ ณ สวนโมกขพลาราม เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2536 เวลา 11.20 น.พิธีศพของท่านเป็นไปอย่างเรียบง่าย ตามเจตนารมณ์ที่เขียนไว้ในพินัยกรรมของท่าน

การทำพินัยกรรมชีวิต คือ สิ่งที่จะช่วยเกื้อกูลให้การตายสู่การตายอย่างสงบ การทำพินัยกรรมขณะที่มีชีวิตอยู่เป็นสิ่งสำคัญไม่ใช่เรื่องของผู้มีฐานะหรือทรัพย์สินเงินทองมากเท่านั้น เนื่องจากทุกคนที่เกิดมาล้วนมีสมบัติที่ต้องดูแล เช่น ร่างกายของเรา ของใช้ส่วนตัว บ้าน คนที่รัก ครอบครัว การงาน รวมทั้งความปรารถนาบางอย่าง

การทำพินัยกรรมชีวิตช่วยลดทอนความกังวลของตนเอง ต่อผู้อยู่เบื้องหลังและธุระการงานที่ค้างค้ำ ช่วยลดความสับสนและความขัดแย้งในหมู่ญาติ และที่สำคัญญาติพี่น้องจะได้รับรู้ว่าผู้ทำพินัยกรรมชีวิตต้องการให้ดำเนินการอะไรในยามที่ไม่สามารถจัดการเรื่องราวต่างๆได้ด้วยตนเอง

ตัวอย่างพินัยกรรมการตายของท่านหลวงพ่อดูณ

เปิดพินัยกรรมหลวงพ่อดูณ บริจาคศพให้คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อนนำมา ฌาปนกิจแบบเรียบง่าย ห้ามขอพระราชทานเพลิงศพ อัฐิ อังคารลอยแม่น้ำโขง

พินัยกรรมก่อนตายของหลวงพ่อดูณเขียนเอาไว้เมื่อประมาณ 4 ปีที่ผ่านมา โดย พินัยกรรมดังกล่าวมีพยานรับรอง 4 คน คือ 1.ร.ศ.สุขชาติ เกิดผล รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2.นายประทีป วงษ์กาญจนรัตน์ 3.นายธวัช เรืองหร่าย ไวยาวัจกรวัดบ้านไร่ และ 4.นายเนาวรัตน์ สังการกำแหง นิติกร8 (ชำนาญการ) มหาวิทยาลัย ขอนแก่น

สำหรับเนื้อหาพินัยกรรมดังกล่าวมีข้อความว่า อาตมาหลวงพ่อดูณ อายุ 77 ปี ถิ่นพำนัก วัดบ้านไร่ ต.กุดพิมาน อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ลงวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2543 ขอทำพินัย กรรมกำหนดการ เพื่อถึงการมรณภาพ เกี่ยวกับเรื่องการจัดงานศพของอาตมา ภายหลังจากที่อาตมาถึง มรณภาพลง

1. ศพของอาตมา ให้มอบแก่มหาวิทยาลัยขอนแก่นภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากมรณภาพลง เพื่อให้มหาวิทยาลัยขอนแก่น มอบให้กับภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น นำไปศึกษาค้นคว้าตามวัตถุประสงค์ของภาคต่อไป

2. พิธีกรรมศาสนา การสวดอภิธรรมศพ ให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทำพิธี สวด พระอภิธรรมศพ ที่คณะแพทยศาสตร์ 7 วัน ตั้งแต่ถึงวันมรณภาพลง

3. การจัดทำพิธีบำเพ็ญกุศลเมื่อสิ้นสุดการศึกษาค้นคว้าของภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ให้จัดงานแบบเรียบง่าย ละเว้นการพิธีสมโภชน์ใดๆ และ ห้ามขอพระราชทานเพลิงศพ โกฐและพระราชพิธีอื่นๆ เป็นกรณีพิเศษเป็นการเฉพาะ โดยให้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กระทำพิธีเช่นเดียวกับการจัดพิธีศพของอาจารย์ใหญ่ นักศึกษาแพทย์ประจำปีร่วมกับอาจารย์ใหญ่ท่านอื่น แล้วเผา ณ ฌาปนสถานวัดหนองแวง พระอารามหลวง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น หรือวัดอื่นใดที่คณะแพทยศาสตร์เห็นสมควรและ เหมาะสม โดยทำพิธีเผาให้เสร็จสิ้นที่ จ.ขอนแก่น

4. เมื่อดำเนินตามข้อ 3 เสร็จสิ้นแล้ว อัฐิ ถ้ำถ่าน และเศษอังคารทั้งหมด ให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นนำไปลอยที่แม่น้ำโขง จ.หนองคาย ตามที่เห็นสมควรและเหมาะสม

5. ค่าใช้จ่ายและเงินอื่นใดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนัย ข้อ 2, 3 และ 4 ให้ดำเนินการ ดังนี้

5.1 ค่าใช้จ่ายในการจัดงานและบำเพ็ญกุศลศพทั้งหมด ให้นำเงินที่อาตมาบริจาคให้แก่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี 2536 เป็นเงินเริ่มต้นในการ ดำเนินการจัดงานศพ ถ้าไม่เพียงพอให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทดรองจ่ายก่อน

5.2 ในการจัดการและบำเพ็ญกุศลศพ ตามนัยข้อ 5.1 หากมีเงินเหลือหรือมีผู้บริจาค สมทบให้คืนเงินที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทดรองจ่ายไปก่อนให้เสร็จสิ้น

5.3 หากมีเงินเหลืออยู่อีกหลังจากดำเนินการตามนัยข้อ 5.1 และข้อ 5.2 แล้วให้มอบแก่ กองทุนพระราชทานโรธาสัตตัมภีรปัญญาวิศิษฐ์ (หลวงปู่เทสก์) เพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมช่วยเหลือ พระสงฆ์ ที่อาพาธประจำหอผู้ป่วยหอสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือให้ดำเนินการอย่างอื่นตามที่อาตมาหลวงพ่อกุณปริสุทโธ เห็นสมควร โดยอาตมาจะแสดงความประสงค์ ให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพิ่มเติมแนบไว้ให้ทราบต่อไป หากไม่ดำเนินการให้ถือตามความในตอนต้นเท่านั้น

6. ให้นายอำเภอด่านขุนทด ศึกษาธิการอำเภอด่านขุนทด และคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกันเป็นผู้จัดการศพ มีอำนาจดำเนินการให้เป็นไปตามพินัยกรรมนี้

7. ให้ยกเลิกพินัยกรรม ฉบับวันที่ 15 ก.ย. 2536 หรือฉบับอื่นใดที่มีอยู่ก่อนหน้านี้ และให้ ยึดถือพินัยกรรมฉบับนี้แทน

8. พินัยกรรมฉบับนี้ ตันฉบับเก็บรักษาไว้ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้มีการทำสำเนาไว้อีก 3 ชุด เก็บรักษาไว้ที่วัดบ้านไร่ ต.กุดพิมาน อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ศึกษาธิการอำเภอด่านขุนทด และนายอำเภอด่านขุนทด แห่งละ 1 ฉบับ

หลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ เจ้าอาวาสวัดบ้านไร่ กล่าวถึงเหตุผลการพินัยกรรมฉบับดังกล่าวว่า การทำพินัยกรรมฉบับนี้ขึ้นมา เพื่อไม่ต้องการให้ศิษยานุศิษย์เดือดร้อน หรือเกิดความวุ่นวายขึ้นเมื่อยามที่ล่วงลับไปแล้ว และเพื่อไม่ต้องการให้เกิดเป็นปัญหาระหว่างลูกศิษย์ด้วยกัน อย่างน้อยก็เป็น การลดภาระลงไปได้ เพราะเมื่อได้ทำพินัยกรรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา รักษาติ. (2543). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- กฤษฎา เจลียวศักดิ์; อรัญญา ชาวลิต; และ พัชรียา ไชยลังกา. *บทความวิจัย ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2554). *ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). *กิจกรรมการพยาบาลด้วยจิตวิญญาณ*. ใน *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(3): 55-56.
- . (2548). “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ.” ใน *วารสารเกื้อการุณย์*. 12(1): 31-39.
- . (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2547). *ความตายและภาวะใกล้ตาย : แนวคิดและการพยาบาล*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ประสาน ต่างใจ. (2552, ตุลาคม-ธันวาคม). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Hospice Care*. *สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. 1 (3).
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2545). “ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต : การดูแลรักษาสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต.” *คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์*. 205(18): 15-20.
- พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุต.โต.). (2542). *พุทธธรรม*. (ฉบับปรับปรุงและขยายความ, พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระเทพเวที. (2541). *ธรรมะเชิงปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). “การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา.” ใน *วารสาร เกื้อการุณย์*. 11(2): 1-11.
- วิญญานเพื่อนรักเข้าสิง. (2557, 29 มกราคม). *ศูนย์บรรเทาทุกข์ผี*. รายการคนอวดผี. สถานีโทรทัศน์ช่อง 5. 22.45 – 23.15 น.
- วันดี โกะกุล. (2543). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี. (2556). การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. (ซีดี). กรุงเทพฯ: สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- สิวลี ศิริไล. (2553). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน
- สุทธิลักษณ์ สุนทร. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานสิทธิประโยชน์. ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บรรณาธิการโดย ลักษมี ชาญเวช. (หน้า 47-51). กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร ดาวดี. (2537). การศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพร พงศ์พุกภ. (2552). เรียนรู้ความตายอย่างสงบและงดงาม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข
- สุมาลี นิมนานันต์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).
- สุพล เกิดสว่าง. (2556, 15 พฤศจิกายน). การมองโลกในแง่บวกหลังจากเผชิญข่าวร้าย .พราวไนท์. สถานีโทรทัศน์โมเดิร์นไนน์ทีวี. 22.30-23.30 น.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2544). กฎหมายและข้อระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล. บรรณาธิการโดย ลักษมี ชาญเวช. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- (2547). “การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย.” ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, บรรณาธิการโดย ลักษมี ชาญเวช. หน้า 47-51. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ยมจินดา. (2546). กฎหมายการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). บรรณาธิการโดย ลักษมี ชาญเวช. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/2086>
- อรรณ รัตนสุวรรณ. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Care). สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2555, จาก <http://haamor.com/th/> ค้นเมื่อ 7/01/2013.

- อานุกาพ เลขะกุล. (2556). *ทักษะในการแจ้งข่าวร้าย* ในวารสาร The Oncologist 2000; 5: 302-311 สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2557 ค้นจาก http://meded.psu.ac.th/web/meu/BadNews_Arnuparp.pdf
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2548). “การพยาบาลแบบประคับประคอง.” ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2548*. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- . (2555). “บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse’s Role in End of Life Care).” ใน *เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง “วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง” (Best Practice for Cancer Care)*. วันที่ 20-21 กุมภาพันธ์ 2555 ณ ห้องประชุม 7R ชั้น 7 ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.
- Beck, C. T. (1997, November). “Nursing Students’ Experiences Caring for Dying Patients.” *Journal of Nursing Education*. 36: 408-415.
- Berry, P.H.; Kuebler, K.K.; & Heidrich, D.E. (2002). *End of Life Care Clinical Practice Guidelines*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Frederick, A. F.; & Scott I. (2001). “Specialized Care of the Terminally ill.” In Vincent T, De vita Jr, Samuel Hellman, Steven A. Rosemberg. ed. *Cancer: Principle and practice of Oncology*. (6th ed). Philadelphia: USA.
- Kuuppelomäki, M. (2001). “Spiritual Support for Terminally ill Patients : Nursing Staff Assessments.” *Journal of Clinical Nursing*. 10(4): 660-670.
- Kuber-Ross. (1997). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Larson, P. J. (1986, March). “Cancer Nurses, Perception of Caring.” *Cancer Nursing*. 9: 86-91.
- Society of Critical Care Medicine. (2001). *Recommendations for End-of-life Care in the Intensive Care Unit : the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine*. Retrieve October 11, 2005 from : <http://www.scccm.org>,
- Sky Burial. (2012, April 29). Tibetan Sky Burial. You Tube Post. Retrieve October 1, 2012 from : <http://www.youtube.com/watch?v=EnISAAZa3Ys>,
- Taking Chance. (2009). (movie). America: HBO home entertainment
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Associated University.
- . (1989). *Watson’s Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing In Conceptual Models for Nursing Practice*. pp 219-236. Edited by J.P. Riehl-Sisca. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Wit. (1999?). (movie). America: HBO home entertainment

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

INFORMED CONSENT FROM

การวิจัยเรื่อง.....
 วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....
 ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับเอกสารและคำอธิบาย
 จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก
 การวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยอย่างละเอียด
 และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่
 ปิดบัง ไม่ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
 ข้าพเจ้าได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่
 จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ
 ข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคล
 ผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อ
 ข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลให้จนกลับคืน
 สภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายเสียหาย
 อื่นๆถ้ามี

ผู้วิจัยแจ้งด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย (นาย/นาง/นางสาว).....
ได้ที่.....
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงลงนามในใบ
 ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมเป็นตัวอย่างโครงการวิจัย
 (.....)
 ลงนาม.....ผู้วิจัย
 (.....)
 ลงนาม.....พยาน
 (.....)





ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางกุลพิชญ์ เวชร์ชัยพิมล
วันเดือนปีเกิด	24 กันยายน 2508
สถานที่เกิด	อำเภอ เมือง จังหวัด สุพรรณบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	42 หมู่ 4 หมู่บ้านเมืองเพชรวิลเลจ 4 แขวงฉิมพลี เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2532-2535	พยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
พ.ศ. 2435-2543	หัวหน้าแผนกผู้ป่วยหนัก ผู้ตรวจการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และอาจารย์พิเศษภาควิชาอายุรกรรม-ศัลยกรรม วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
พ.ศ. 2542-2546	ผู้อำนวยการศูนย์จัดการสุขภาพเซนต์หลุยส์ กรรมการอำนวยการ และกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
พ.ศ. 2546-2548	ผู้อำนวยการฝ่ายทรัพยากรบุคคล
พ.ศ. 2549-2551	วิทยาการการจัดการระบบคุณภาพของโรงพยาบาล
พ.ศ. 2552-ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ตำแหน่งงานปัจจุบัน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์และหัวหน้าศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ เขตสาทร จังหวัด กรุงเทพฯ 10120
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
พ.ศ. 2541	บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาองค์การและการจัดการ จาก มหาวิทยาลัยศรีปทุม
พ.ศ. 2557	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษา จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ