

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ



นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

NURSING SERVICE SYSTEM FOR PALLIATIVE CARE IN TERTIARY HOSPITALS

Miss Pilaiporn Sukcharoen



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ
โดย	นางสาวพิไลพร สุขเจริญ
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5377839736 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: NURSING SERVICE SYSTEM / PALLIATIVE CARE / TERTIARY HOSPITALS

PILAIORN SUKCHAROEN: NURSING SERVICE SYSTEM FOR PALLIATIVE CARE IN TERTIARY HOSPITALS. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D., R.N., 198 pp.

The purpose of this study was to explore a nursing service system for palliative care in tertiary hospitals using the Delphi technique. There were 5 groups of experts, totaling 23: 4 doctors or medical instructors, 8 administrative nurses or operational nurses, 4 nursing instructors or nursing academics; 3 experts in health policy and 4 religious leaders and lawyers. The methodologies can be divided into 3 phases: interview of the experts about the nursing service system for palliative care, construction of a questionnaire based on the results of the interview so that the experts can rank the importance of the questions and analysis of the data by using means, quartile range and adding the answers obtained from the second phase so that each expert can go through the answers one more time. The information obtained from the third phase was analyzed. Information with a mean greater than 3.50 and Interquartile range less than 1.00 was included in this study.

It was found that the experts agreed with the nine aspects of the nursing service system for palliative care in tertiary hospitals and the sixty-one items of the nursing service system, 60 of which were ranked the most important and 1 of which was ranked very important as follows:

- 1) Environmental management 5 items.
- 2) Interdisciplinary team management 6 items.
- 3) Performance improvement for personnel and career 7 items.
- 4) Holistic care in line with the cultural background of patient and family 9 items.
- 5) Pain management with drug use and non drug use 7 items.
- 6) Communication and co-ordination between the interdisciplinary team 8 items.
- 7) Discharge plans and patient transfer 7 items.
- 8) Law and ethics in taking care of patients 6 items.
- 9) Expenditure management 6 items.

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา กรุณา ทุ่มเทในการให้คำแนะนำ สั่งสอน และให้กำลังใจจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ ซึ่งได้กรุณาสละเวลาในการ แนะนำ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความตั้งใจและปรารถนาดีต่อศิษย์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ตลอดจน ขอบคุณบุคลากรทุกท่าน ที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ คำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี อีกทั้งยังให้กำลังใจผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่กรุณาจัดสรรอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต

ที่สำคัญที่สุด ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยเป็นกำลังใจ และสนับสนุนด้าน กำลังทรัพย์แก่ผู้วิจัย เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในยามที่ท้อแท้ จนสามารถก้าวผ่านอุปสรรคมาได้ทุกครั้ง ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจ รับฟัง และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงานที่เข้าใจและช่วยเหลือเรื่องเวรในการปฏิบัติงาน เป็นอย่างดี คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นคุณความดีแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วม สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.....	10
2. แนวคิดระบบบริการพยาบาล.....	17
3. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง.....	29
4. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย.....	50
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ผู้เชี่ยวชาญ.....	58
วิธีการดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การดำเนินการวิจัยระยะที่ 1.....	60
การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2.....	64
การดำเนินการวิจัยระยะที่ 3.....	73
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	75

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย	98
อภิปรายผลการวิจัย	102
ข้อเสนอแนะ	117
รายการอ้างอิง	119
ภาคผนวก.....	127
ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	128
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	155
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย..	158
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	166
ภาคผนวก จ คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ.....	185
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	198

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม....	45
ตารางที่ 2	แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม....	46
ตารางที่ 3	แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม....	47
ตารางที่ 4	แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม....	48
ตารางที่ 5	แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม....	49
ตารางที่ 6	การลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ	51
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จาก กรอบแนวคิดกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่ได้จากการวิจัย	63
ตารางที่ 8	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิจำแนกรายด้าน เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด	77
ตารางที่ 9	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด	78
ตารางที่ 10	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด	79
ตารางที่ 11	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองใน โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิจำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด	81
ตารางที่ 12	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด	83

- ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด 86
- ตารางที่ 14 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุดตามองค์ประกอบด้านโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ 88
- ตารางที่ 15 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด 90
- ตารางที่ 16 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด 92
- ตารางที่ 17 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด 94

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 การจัดการระบบสุขภาพที่เป็นระบบเปิด (ที่มา: Sullivan and Decker, 2005).....	20
ภาพที่ 2 แบบจำลองระบบเปิด (ที่มา: พูลสุข หิงคานนท์, 2549).....	22
ภาพที่ 3 ระบบบริการพยาบาลตามแนวคิดระบบเปิด (ที่มา: พูลสุข หิงคานนท์, 2549).....	22
ภาพที่ 4 การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประเทศไทยในอดีต (ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553)....	32
ภาพที่ 5 การรักษาแบบประคับประคองในปัจจุบัน (ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553)	33
ภาพที่ 6 ภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554).....	33



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยน ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง การฟ้องร้องของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และโรคบางโรคที่เพิ่มขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไตวาย และอื่นๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ระบบบริการมีความยุ่งยาก จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบในทุกระดับตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ และสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และระดับประเทศ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2555) และเมื่อสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรในปี พ.ศ. 2553 พบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากกลุ่มโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง และโรคทางหลอดเลือด (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

เมื่อศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประชากรพบว่า ปัจจุบันสุขภาพของประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยประชากรทั่วโลกจำนวน 36 ล้านคน หรือร้อยละ 63 มีการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน (World Health Organization, 2010) ประชากรไทยป่วยด้วยโรคมะเร็ง 241,051 คน และมีอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นปีละ 80,350 คน และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2553 พบจำนวนของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกทุกปี และเสียชีวิต 10 ล้านคน ทำให้คาดการณ์ได้ว่าในปี พ.ศ. 2558 จะพบผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังถึง 36 ล้านคน (ชัย กฤติยาภิชาติกุล, 2553) ประกอบกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือเทคโนโลยีมีราคาแพงขึ้น มีการมุ่งยื้อความตายที่ไม่ใช่การยื้อชีวิต การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบภายใน 20 ปีข้างหน้า และการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงพบว่าร้อยละ 42 ของจำนวนประเทศทั่วโลกยังขาดการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด (Worldwide Palliative Care Alliance, 2012) ตลอดจนประเทศไทยก็ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับปัญหาในปัจจุบัน (สมัชชาสุขภาพ, 2556)

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลงอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จนกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และส่งผลให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน โรคเรื้อรังจึงนับเป็นปัญหาสำคัญที่ระบบบริการสุขภาพต้องให้ความสำคัญและควรดำเนินการปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณที่ไม่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย เมื่อศึกษาสถิติการเสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังมีการเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหลัก โดยสถิติของผู้ป่วยเรื้อรังทั่วโลกพบอัตราการเสียชีวิตที่

บ้านเพียงร้อยละ 20 (World Health Organization, 2010) สถิติของประเทศอังกฤษจากจำนวนผู้ป่วย 500,000 คน มีการเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิร้อยละ 80 (Stevens, Jackson, and Milligan, 2009) สถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2539 พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิร้อยละ 61 (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2552) สถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ.2551 พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 145,134 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้พบว่าการดูแลผู้ป่วยช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 75 (แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน, 2553) การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลที่มีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (World Health Organization, 2012) การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่บูรณาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากภาคบุคลากรสุขภาพไปจนถึงชุมชนและนโยบายของรัฐบาล (สกล สิงหะ, 2552) จึงไม่ใช่การดูแลเฉพาะผู้ป่วยแต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว (เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2548)

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 – 2559 เพื่อผลักดันให้เกิดแนวทางรองรับปัญหาของสังคมไทยที่ต้องเผชิญกับโรคใหม่ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคภัยแรงต่างๆ เป็นต้น ที่เป็นสาเหตุของการทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต รวมไปถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีถึงร้อยละ 11 – 12 ของประชากรทั้งประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งล้วนทำให้เกิดความต้องการการดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โดยแผนยุทธศาสตร์นี้จะมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้นในสังคมไทย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ในปี พ.ศ.2554 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่องการรับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจ โดยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ต้องใช้หนังสือเป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน (สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรมีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ ทั้งการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข พัฒนาสถานพยาบาล และการดูแลที่บ้าน รวมถึงพัฒนาระบบการเงินการคลัง เครื่องมือทางการแพทย์และยา สำหรับทำให้ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจากไปอย่างสงบ

การจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคองเริ่มมีการดำเนินการในปี พ.ศ. 2541 โดยเริ่มที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีการจัดตั้งคณะกรรมการของโรงพยาบาลเพื่อรับผิดชอบการจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) โรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยจึงเริ่มมีการตื่นตัวและสร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง โดยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในเรื่อง การประสานงานและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำหรับเครือข่ายและบุคลากรสุขภาพเพื่อเผยแพร่

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (สุมาลี ประทุมพันธ์, 2553) ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 บุคลากรสุขภาพทุกสาขาอาชีพ รวมถึงจิตอาสาและองค์กรภาคประชาชนได้มีการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นจึงได้ร่วมมือกันและขยายความร่วมมือให้ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลทุกระดับ โดยการเชิญแกนนำในภาคส่วนต่างๆ ร่วมก่อตั้งชมรมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย(สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย, 2555) ในปีพ.ศ.2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีนโยบายให้สถานบริการพยาบาลทุกระดับจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคองขึ้นโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ในปี พ.ศ. 2555 ชมรมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายได้เริ่มมีการขยายบทบาทมากขึ้นทั้งการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทั้งการให้ความรู้ การฝึกอบรม การนำเสนอผลงานวิจัย และการประสานงานกับองค์กรเพื่อสนับสนุนการทำงานอย่างเป็นองค์รวม และได้เปลี่ยนจากชมรมจัดตั้งขึ้นเป็นสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายจนปัจจุบัน บทบาทหลักคือทำให้บริการสังคมเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวซึ่งถือเป็นพันธกิจหลักของสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย, 2555) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงควรมีมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำให้ช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นชีวิตที่มีคุณภาพ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า ประเทศอังกฤษมีหน่วยเยี่ยมบ้านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยตรง และมีผู้เชี่ยวชาญจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิต (Speck, 2006) โรงพยาบาล Baycrest ในประเทศแคนาดา มีหน่วยดูแลแบบประคับประคองเพื่อรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ มีบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยที่จะเข้ารับรักษาในหน่วยงานต้องเซ็นยินยอมไม่กู้คืนชีพหากหัวใจหยุดเต้น (ดาริน จตุรภัทรพร, 2553) โรงพยาบาล North General Hospital ในประเทศสหราชอาณาจักร มีหน่วยดูแลแบบประคับประคองเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ โดยแยกการดูแลออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกมุ่งเน้นในการรักษาโรคลหลัก เน้นการรักษาที่เกิดขึ้นจากอาการของตัวโรคและจากการรักษาของแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ และในระยะที่สองจะเป็นการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีทีมสหวิชาชีพให้บริการตั้งแต่เริ่มการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา จนกระทั่งการดูแลหลังการเสียชีวิต (โกคิน ศักรินทร์กุล, 2553) และโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกามากกว่าร้อยละ 70 มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย (Giovanni, 2012) การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพจึงควรมีการจัดตั้งทีมโดยเฉพาะเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Matzo and Sherman, 2010) โดยสมาชิกในทีมการพยาบาลต้องมีความรู้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Beccero et al., 2013) มีระบบการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Foster, 2007) และมีระบบการพยาบาลที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม (Jeffrey, 2009)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยภาพรวม พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลยังมี

การดำเนินการดูแลเฉพาะส่วนและเฉพาะในหอผู้ป่วยโดยเป็นเพียงการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเฉพาะรายเท่านั้น เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุนและขาดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (วาสิณี วิเศษฤทธิ์ และ จิตศิริ ชันเงิน, 2549) จากการศึกษาของ กนกวรรณ โภคา (2552) พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยประกอบด้วยผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการหนักและอยู่ในระยะสุดท้ายปะปนกัน การดูแลจึงเป็นเพียงการพยาบาลโดยทั่วไปที่ดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก ขาดการผสมผสานกลวิธีที่นำมาใช้ในการดูแล ได้แก่ การนวดบำบัด ดนตรีบำบัด และพลังสัมผัส ขาดการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ศาสตร์การดูแลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนในการวางแผนจำหน่าย ขาดแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และขาดการสื่อสารเรื่องการดำเนินโรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการศึกษาของ นวรัตน์ มีถาวร (2552) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตามแต่ละหอผู้ป่วยไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมทั้งด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและด้านเศรษฐกิจ ทำให้การค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงยังไม่เป็นองค์รวมและไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งด้านศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางแห่งไม่รับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประคับประคองอาการหากไม่มีข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาโรค ส่งผลทำให้ขาดการวางระบบที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย ประเทศไทยจึงขาดโรงพยาบาลที่มีหน่วยดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแยกเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ดาริน จตุรภัทรพร, 2553)

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง และเหมาะสมสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน(กระทรวงสาธารณสุข, 2553) แต่ในประเทศไทยยังไม่มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งใดที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ครอบคลุมทุกพยาธิสภาพของโรคและการเจ็บป่วย พบแค่สถานบริการสุขภาพที่มีการจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะเท่านั้น ได้แก่ ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งมหาชิราลงกรณ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งจากการศึกษาดูงานที่ศูนย์มหาชิราลงกรณ ธัญบุรี ของผู้วิจัย พบว่า หน่วยงานมีการจัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่เน้นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบภายในหอผู้ป่วย การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทั้งเรื่องกิจกรรมภายในหอผู้ป่วยและกิจกรรมทางศาสนา ดังนั้นหากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยมีระบบบริการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับการดูแลแบบประคับประคองโดยครบทุกมิติที่ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดทีมสหวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายย่อมได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลระดับตติย

ภูมิอย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐาน ตลอดจนข้อกฎหมายและจริยธรรมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เรื่องสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคล เพื่อให้ได้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีมาตรฐาน และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยการใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อกำหนดองค์ประกอบที่เป็นมาตรฐานในระบบบริการพยาบาลที่เป็นประโยชน์สอดคล้องและเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในบริบทประเทศไทย ด้วยวิธีการหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ข้อมูลที่ได้จึงมีความครอบคลุมและน่าเชื่อถือสูง เนื่องจากเป็นการยึดฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาจากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแนวทางเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

คำถามการวิจัย

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 5 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลหรือสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 4 คน 2. พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 8 คน 3. อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 4 คน 4. ผู้เชี่ยวชาญด้านการกำหนดนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 3 คน 5. ผู้นำทางศาสนาและกฎหมายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 คน
2. ตัวแปรคือระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ระบบบริการพยาบาล** หมายถึง ระบบที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุแบบเสมอภาค โดยกลไกของระบบในแต่ละขั้นตอนจะมีลักษณะและกระบวนการบางอย่างที่เชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างคือ จุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วย กระบวนการคือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และ ผลลัพธ์คือจุดสิ้นสุดของการดูแล โดยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล องค์กร และระบบสุขภาพ รวมไปถึงการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการบริการในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล และมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดบทบาทหน้าที่สำหรับการดูแลผู้ป่วย

2. **โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ** หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็นสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ โดยมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไปเหมาะสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน เป็นสถานที่หลักซึ่งผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายเพื่อประคับประคองอาการไปจนกระทั่งเกิดการเสียชีวิต มีการใช้เครื่องมือพิเศษและใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย เป็นสถานศึกษา และแหล่งฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสำหรับแพทย์เฉพาะทาง โดยประกอบด้วยหอผู้ป่วยต่างๆที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและมีบุคลากรทางการแพทย์หมุนเวียนเพื่อดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ

3. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หมายถึง ระบบที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ระยะแรกของโรค จนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี โดยมีแนวทางการดูแลครอบคลุมในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม การจัดทีมสหวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย จากแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยประกอบด้วย ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีมาตรฐานของสถานที่ทั้งด้านกายภาพ แสงสว่าง เสียง สภาพอากาศ การระบายอากาศ ความปลอดภัย อุปกรณ์เครื่องใช้ และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงการจัดระเบียบการเยี่ยมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการจัดบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆเพื่อดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักอรรถบำบัด นักกิจกรรมสร้างสรรค์บำบัด ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยตามศาสนา และอาสาสมัคร มาทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามสาขาวิชาชีพของตนเองอย่างดีที่สุด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อต่อสิ่งต่างๆ ศรัทธาทางศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

4) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการพูดคุยสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยมีแนวทางในการพูดคุยและการอธิบายเรื่องการดำเนินโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับในความเจ็บป่วยเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนมีการติดต่อและประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีการพูดคุยปรึกษาการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคลากรและสามารถดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

5) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมของวิชาชีพ โดยการดูแลผู้ป่วยต้องไม่ขัดแย้งต่อกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง และสามารถประยุกต์ข้อความรู้ทางกฎหมายและจริยธรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย หมายถึง การจัดที่เป็นมาตรฐานด้านการควบคุมและจัดการค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งหาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้วางแผนจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิจัยซึ่งได้นำเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. แนวคิดระบบบริการพยาบาล
 - 2.1 ระบบบริการสุขภาพ
 - 2.2 ระบบบริการพยาบาล
 - 2.3 มาตรฐานการจัดระบบบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ
3. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.2 ประวัติและความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.3 องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 – 2559
 - 3.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคอง
4. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการขยายตัวของกาให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งใน ส่วนของบริการสุขภาพระดับต้นหรือระดับปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาล เบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัยที่กระจายอยู่ ทุกตำบล และโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงหรือ ระดับตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความ เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ มีการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งใน โรงพยาบาลและชุมชน และดำเนินงานด้านสาธารณสุขครอบคลุมทุกมิติสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู ร่างกาย รวมไปถึงการศึกษา ค้นคว้าและการวิจัยที่สัมพันธ์กับการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิจึงเป็นสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ที่มีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป เหมาะสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน โดยเป็นสถานศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติงาน สำหรับนักศึกษาสาขาวิชาศาสตรสุขภาพจากสถาบันการศึกษาต่างๆ และสำหรับแพทย์เฉพาะทาง มีการใช้เครื่องมือพิเศษและใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ (สุวิทย์ วิบูลผล ประเสริฐ, 2549)

กระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งระดับของโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ (สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ดังนี้

1) บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่าง ใกล้ชิดโดยมีความซับซ้อนทางวิชาการและเทคโนโลยีไม่มาก แต่ซับซ้อนทางมานุษยวิทยาและสังคม วิทยา มีความเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูร่างกาย รวมไปถึงการตรวจคัดกรองและ วินิจฉัยโรคเพื่อแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

2) บริการระดับทุติยภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนทางวิชาการและ เทคโนโลยีทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองและ วินิจฉัยโรคเพื่อควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพและการฟื้นฟูร่างกาย ประกอบด้วยเทคโนโลยีและ บุคลากรทางเวชกรรมและทันตกรรม โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3) บริการระดับตติยภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพที่ต้องมีองค์ความรู้และเทคโนโลยี ต่างๆทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองและ วินิจฉัยโรคเพื่อควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และการฟื้นฟูร่างกาย ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและบุคลากรทางเวชกรรมและทันตกรรมตลอดเวลา โดยเฉพาะ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีการจัดแบ่งสัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานบริการเป็น 3 ระดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ดังนี้

1) การจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care level) คือการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน และไม่มีลักษณะของการให้บริการแบบองค์รวมในระดับครอบครัว ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และร้านขายยา

2) การจัดการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) คือการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญปานกลาง ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐและเอกชน

3) การจัดการบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้ชำนาญพิเศษ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

สรุป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ที่มีเตียงรองรับผู้ป่วยตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป และเหมาะสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือพิเศษและใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

1.1 ลักษณะหน้าที่ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ลักษณะงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประกอบด้วย งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลในลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา ด้านการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ทั้งนักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางเทคนิคด้านต่างๆ และด้านการวิจัยที่มีการพัฒนาความสามารถของแพทย์ประจำโรงพยาบาลให้มีความรู้ในทุกสาขาวิชาในด้านความชำนาญเฉพาะโรค โดยภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่หมุนเวียนดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลมีการจำแนกตามลักษณะของผู้ป่วยเป็นแผนกต่างๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมศัลยกรรมกระดูก สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก แผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยพิเศษ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2544)

สรุป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่หมุนเวียนดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และมีหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีการจำแนกตามลักษณะอาการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรคเป็นแผนกต่างๆ

1.2 ระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

สภาการพยาบาล (2543) ได้กำหนดทิศทางระบบการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนี้

1.2.1 จัดระบบบริการพยาบาลโดยมีระบบการปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน และการพยาบาลขั้นสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.1.1 กำหนดตำแหน่งผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา ให้มีเพียงพอ กับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ติดตามพัฒนา และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.2.1.2 กำหนดความรับผิดชอบของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้มีความชัดเจนครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง การให้คำปรึกษา การสอนให้บริการวิชาการ การวิจัย และการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1.2.1.3 จัดระบบที่สนับสนุนพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลและทักษะ

1.2.1.4 จัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบเป็นเจ้าของไข้หรือเป็นผู้จัดการเฉพาะกรณีเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่อง เพื่อลดค่าใช้จ่าย และประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ

1.2.2 ระบบจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพิเศษ และผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยี โดย

1.2.2.1 พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.2.2.2 ประสานงานกับทีมบุคลากรสุขภาพเพื่อการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วย

1.2.2.3 ร่วมมือให้การดูแลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรทางสุขภาพในระยะแรกเพื่อป้องกันความผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาตามแผนที่วางไว้

1.2.3 จัดให้มีหน่วยงานการเรียนรู้ในการฝึกทักษะ ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของผู้ป่วย และประชาชน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และประชาชน โดยมีความครอบคลุมการแก้ไขปัญหาสุขภาพหลักของท้องถิ่น และมีสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่แตกต่างกันในระดับการศึกษาและศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมให้มีความสามารถในการปฏิบัติการอันเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างพฤติกรรม

1.2.4 จัดให้มีระบบประกันสุขภาพบริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงาน เป็นการลดต้นทุนการบริการ และสร้างหลักประกันให้กับประชาชนว่าจะได้รับบริการทางสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

1.2.5 จัดระบบฐานข้อมูลทางการพยาบาล สำหรับใช้ตัดสินใจในการให้บริการพยาบาล ประกอบด้วย ฐานข้อมูลปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

1.2.6 จัดให้มีหน่วยวิจัยทางการพยาบาล และเครือข่ายการวิจัย โดย

1.2.6.1 จัดตั้งหน่วยวิจัยทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคลากรในการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

1.2.6.2 กำหนดแผนงานและให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม และองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน วิฤติ และเรื้อรัง

1.2.6.3 พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการนำความรู้และผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาล

สรุป ระบบการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประกอบไปด้วยระบบการปฏิบัติการขั้นพื้นฐานและการพยาบาลขั้นสูงเพื่อให้เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน วิฤติ และเรื้อรัง ซึ่งต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูงในการช่วยชีวิตได้แก่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพิเศษ ผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยี และ ผู้ป่วยเรื้อรัง ฯลฯ

1.3 โครงสร้างองค์การพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โครงสร้างองค์การพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโครงสร้างของหน่วยงานหลักขององค์กร เป็นหลักที่ยึดถือการแบ่งงาน พัฒนามาจากโครงสร้างแบบง่ายและระบบราชการ ลักษณะโครงสร้างของงานเข้าใจง่าย มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน หัวหน้างานมีอิสระและอำนาจงานเต็มที่ การติดต่อสื่อสารเกิดขึ้นจากข้างบนลงล่างเป็นส่วนใหญ่ การกำหนดตำแหน่งทางการพยาบาลในแต่ละตำแหน่งมีความแตกต่างกันในแต่ละสังกัดของโรงพยาบาล โดยมีโครงสร้างลักษณะเดียวกัน โดยผู้บริหารทางการแพทย์แบ่งเป็น 3 ระดับด้วยกัน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายการพยาบาลคือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลซึ่งเป็นผู้นำสูงสุด มีอำนาจหน้าที่บังคับบัญชาบุคลากรทุกคนที่อยู่ในฝ่ายการพยาบาล และมีการกระจายอำนาจมอบหมายในการบริหารให้กับผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทั้ง 4 ฝ่าย ประกอบด้วย ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านบริหาร ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านบริการ ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านพัฒนาบริการพยาบาล ซึ่งผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทั้ง 4 ฝ่าย มีหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามงานในด้านที่รับผิดชอบ เพื่อให้ทุกหน่วยงานของฝ่ายการพยาบาลปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และผู้บริหารทางการแพทย์ระดับกลางคือผู้ตรวจการพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบในการประสานงานกับผู้บริหารระดับต้นโดยการรวบรวมผลสำเร็จของงานภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบส่งมอบให้กับผู้บริหารระดับสูงถัดขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ตรวจการพยาบาลยังมีหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุน แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานให้กับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งคอยปฏิบัติหน้าที่ในการกำกับดูแล บริหารจัดการ และควบคุมดูแลให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงสุด และผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งโครงสร้างขององค์การพยาบาลจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นความสำคัญตามลำดับขั้นระหว่างผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชา ช่วยให้แต่ละคนรู้ว่าอยู่ในหน่วยงานใด ภายใต้การดูแลของใคร และต้องบังคับบัญชาใคร และยังแสดงออกถึงช่องทางการสื่อสารที่แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ใต้บังคับบัญชามีต่องานที่ได้รับมอบหมาย (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2552)

สรุป โครงสร้างองค์การพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโครงสร้างที่ยึดถือการแบ่งงานเป็นหลัก มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการติดต่อสื่อสารเกิดขึ้นจากข้างบนลงล่าง หัวหน้างานมีอิสระและอำนาจงานเต็มที่ โดยการกำหนดตำแหน่งทางการพยาบาลในแต่ละตำแหน่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละสังกัดของโรงพยาบาล

1.4 หอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่สำคัญยิ่งในโรงพยาบาลเพราะเป็นสถานที่ที่ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล โดยจำแนกออกตามโรคลักษณะต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งมีแพทย์และบุคลากรทางการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหมุนเวียนกันตลอด 24 ชม. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในหอผู้ป่วยทั้งด้านการวางแผนให้บริการของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เพื่อให้บริการในหอผู้ป่วยเป็นไปตามนโยบาย ปรัชญาของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล นอกจากนี้มีกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีการจัดระบบการบริหารภายในที่ดี ร่วมกับการให้ความร่วมมือที่ดีของบุคลากรทางการพยาบาลในการมุ่งมั่นปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการบริการการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยเป็นการจัดบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีการจำแนกหอผู้ป่วยออกเป็นแผนกต่างๆตามลักษณะผู้ป่วยได้ดังนี้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2544)

- 1) หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม มีหน้าที่ความรับผิดชอบคือให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาทางอายุรกรรม
- 2) หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมมีหน้าที่รับผิดชอบคือ ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่
- 3) หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูก มีหน้าที่ความรับผิดชอบคือ ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกและข้อต่อต่างๆ
- 4) หอผู้ป่วยแผนกสูติ-นรีเวชกรรม แบ่งเป็นงานสูติกรรม มีหน้าที่ความรับผิดชอบคือ ให้บริการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ บริการคลอด และดูแลหลังคลอดจนหญิงนั้นพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และงานนรีเวชกรรมมีหน้าที่ความรับผิดชอบคือให้บริการดูแลรักษาโรคเฉพาะสตรี ซึ่งเป็นโรคหรือภาวะผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี
- 5) หอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม มีหน้าที่ความรับผิดชอบคือ ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี ถ้าผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่มักจะพบในสังกัดของแผนกศัลยกรรมแต่แยกอยู่กับผู้ใหญ่
- 6) หอผู้ป่วยแผนกจักษุ โสต ศอ นาสิก แบ่งเป็นงานจักษุมีหน้าที่ความรับผิดชอบคือให้บริการผู้ป่วยโรคตาที่ไม่สามารถรักษาที่หน่วยผู้ป่วยนอก และงานโสต ศอ นาสิก มีหน้าที่ความรับผิดชอบคือให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับหู คอ จมูก ที่ไม่สามารถรักษาที่หน่วยผู้ป่วยนอก

7) หอผู้ป่วยแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก มีหน้าที่ความรับผิดชอบคือ ให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยนี้แล้วคิดว่ามีโอกาที่จะรอดชีวิตมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป

8) หอผู้ป่วยพิเศษมีหน้าที่ความรับผิดชอบ คือ ให้การบริการรักษาผู้ป่วยโรคของแผนกต่างๆ ที่มีความประสงค์จะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ ตามเกณฑ์การรับผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล

สรุป หอผู้ป่วยเป็นสถานที่ที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีการจำแนกออกตามโรคและลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานและวางแผนให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เพื่อให้บริการเป็นไปตามนโยบาย ปรัชญาของกลุ่มการพยาบาล และโรงพยาบาล

1.5 ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับตติยภูมิ

การปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนให้เห็นขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ทัศนีย์ สงกา, 2548) สรุปได้ดังนี้

1.5.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผลกระทบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว โดยใช้ทักษะการประเมินขั้นสูง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยปัญหาที่มีความซับซ้อนและความต้องการได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

1.5.2 จัดการภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤติของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความรู้และทักษะในด้านการประเมิน ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วปลอดภัย สามารถตัดสินใจกับภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.5.3 จัดการและประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการแก้ไขปัญหันทันทีและมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอาการตามแผนการรักษาที่วางไว้ จัดการกับปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน โดยให้มีการเปลี่ยนแปลงในทีมงานหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หรือสถานบริการสุขภาพระดับรองลงไป และเป็นพี่ปรึกษาของทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

1.5.4 พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมตามวิถีชีวิตของตนเอง โดยใช้การสอน ชี้แนะ ให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

1.5.5 พัฒนามาตรฐานการพยาบาลและนวัตกรรมการพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีการใช้เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน ซึ่งมีความเสี่ยงต่ออันตรายแก่ผู้ป่วยและตนเอง

1.5.6 พิจารณาสีทธิของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการตรวจรักษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสและทางเลือกในการรักษาพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย ประสานประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายและบริการที่ควรได้รับอย่างเท่าเทียม และเป็นธรรม

สรุป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผลกระทบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว โดยต้องมีการใช้ทักษะการประเมินเพื่อสามารถวินิจฉัยปัญหาที่มีความซับซ้อนและความต้องการได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤติของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันจำนวนของผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งและโรคทางหลอดเลือด โดยหากผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการทรุดลงและไม่สามารถรักษาอาการให้หายขาดได้ย่อมมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีการรอระยะสุดท้ายของชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหลัก เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิขาดเครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา และขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน แม้ผู้ป่วยจะไปรักษาในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิก่อน แต่อาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนทำให้ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาเกือบตลอดเวลาซึ่งบริบทของโรงพยาบาลทั้งสองระดับไม่เหมาะสมในการรักษา ผู้ป่วยจึงมักถูกส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแทนเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงเป็นสถานที่ที่มีบริบทที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการที่ผู้ป่วยมีการรอระยะสุดท้ายของชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แนวโน้มการเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ บุคลากรทางแพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม และตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนตั้งแต่ระยะแรกของโรคไปจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต หากภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่มีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าย่อมทำให้เกิดผลกระทบ ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงจนถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในทุกด้าน และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้มาตรฐานเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตโดยสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากเป็นสถานที่หลักซึ่งผู้ป่วยจะมีการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในช่วงวาระสุดท้ายเพื่อประคับประคองอาการไปจนกระทั่งภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต เพื่อให้เกิดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ครอบคลุมและมีความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ได้เกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

2. แนวคิดระบบบริการพยาบาล

2.1 ระบบบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพควรเป็นการจัดบริการที่มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยรวมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและบริการที่จัดโดย บุคคล ครอบครัว และชุมชน การจัดระบบบริการสุขภาพควรมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความจำเป็น หรือความต้องการ และปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการ การจัดระบบบริการควรเริ่มด้วยการกำหนดความจำเป็น ความต้องการ ตลอดจนสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่ต้องการ หรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไข หลังจากนั้นจึงทำการออกแบบระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่มีความเป็นไปได้ มีทั้งรูปแบบการดูแลตนเอง การจัดบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่างๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่างๆ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีหลักการและคุณสมบัติสำคัญคือ ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งคุณภาพเชิงสังคมและเชิงเทคนิคบริการและครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั้งหมด ไม่มีความซับซ้อนของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ มีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลแต่ละระดับ เป็นการเชื่อมโยงทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โครงสร้างระบบสุขภาพจึงมีองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการระดับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางและการส่งต่อ นอกจากนี้ยังควรมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ ระบบสนับสนุนทรัพยากร ระบบสนับสนุนวิชาการและการวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสาร

สรุป การจัดบริการสุขภาพเป็นการจัดบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยควรมีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการทางด้านสุขภาพที่ต้องการ หรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไข

2.1.1 จุดประสงค์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีหลักการและเป้าหมายที่สำคัญคือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะเป็นการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีความรับผิดชอบต่อสังคม (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2555)

2.1.2 วิวัฒนาการของแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนัก และดำเนินการภายใต้ความรับผิดชอบ มุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ และมีการออกแบบระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและได้ตามมาตรฐาน เพื่อให้เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบประคับประคอง โดยแนวคิดระบบบริการสุขภาพได้มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีเชิงระบบตั้งแต่ ค.ศ. 1960 ซึ่งเริ่มจากทฤษฎีระบบทั่วไป ของ Luwig Von Bertalanffy จากนั้น Donabedian ได้มีการพัฒนาต่อเป็นแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก อันได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาในระบบสุขภาพอย่างแพร่หลาย และกลายเป็นแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการยอมรับจนปัจจุบัน

2.1.2.1 ทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีการบริหารเชิงระบบก่อเกิดในยุค ค.ศ. 1960 โดย Luwig Von Bertalanffy พิจารณาว่าทุกสิ่งสัมพันธ์เป็นระบบเปิด การวิเคราะห์ส่วนต่างๆ ภายในองค์กรต้องมองในภาพรวมเพื่อให้การบริหารทุกหน่วยย่อยในองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ทองอินทร์ วงศ์โสธร, 2536) ในอดีตทฤษฎีระบบเริ่มนำมาใช้ในการแก้ปัญหาของวิศวกรที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางนิวเคลียร์ มีการนำแนวคิดทฤษฎีระบบทั่วไป (General System Theory) มาประยุกต์ใช้ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ทางเทคโนโลยี ต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้นำมาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ อย่างแพร่หลาย ทฤษฎีระบบทั่วไปจึงเป็นแนวคิดพื้นฐานของหลายๆ ศาสตร์ทั่วโลกจนปัจจุบัน (Bertalanffy, 1975) การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้พัฒนาจากทฤษฎีระบบทั่วไป โดยเมื่อเจอปัญหาควรมองปัญหาเป็นระบบเปิด และใช้ความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ทั้งระบบการติดต่อสื่อสาร ระบบเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kast and Rosenzweig, 1985) ทฤษฎีระบบเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์ทั้งด้านโครงสร้าง บุคคล เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีการพยาบาลของรอยและนิวมาน ได้มีการนำทฤษฎีระบบมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาด้วย ทฤษฎีระบบจึงเป็นทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับองค์กรพยาบาล (Sullivan and Decker, 2005) เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสุขภาพที่ดี

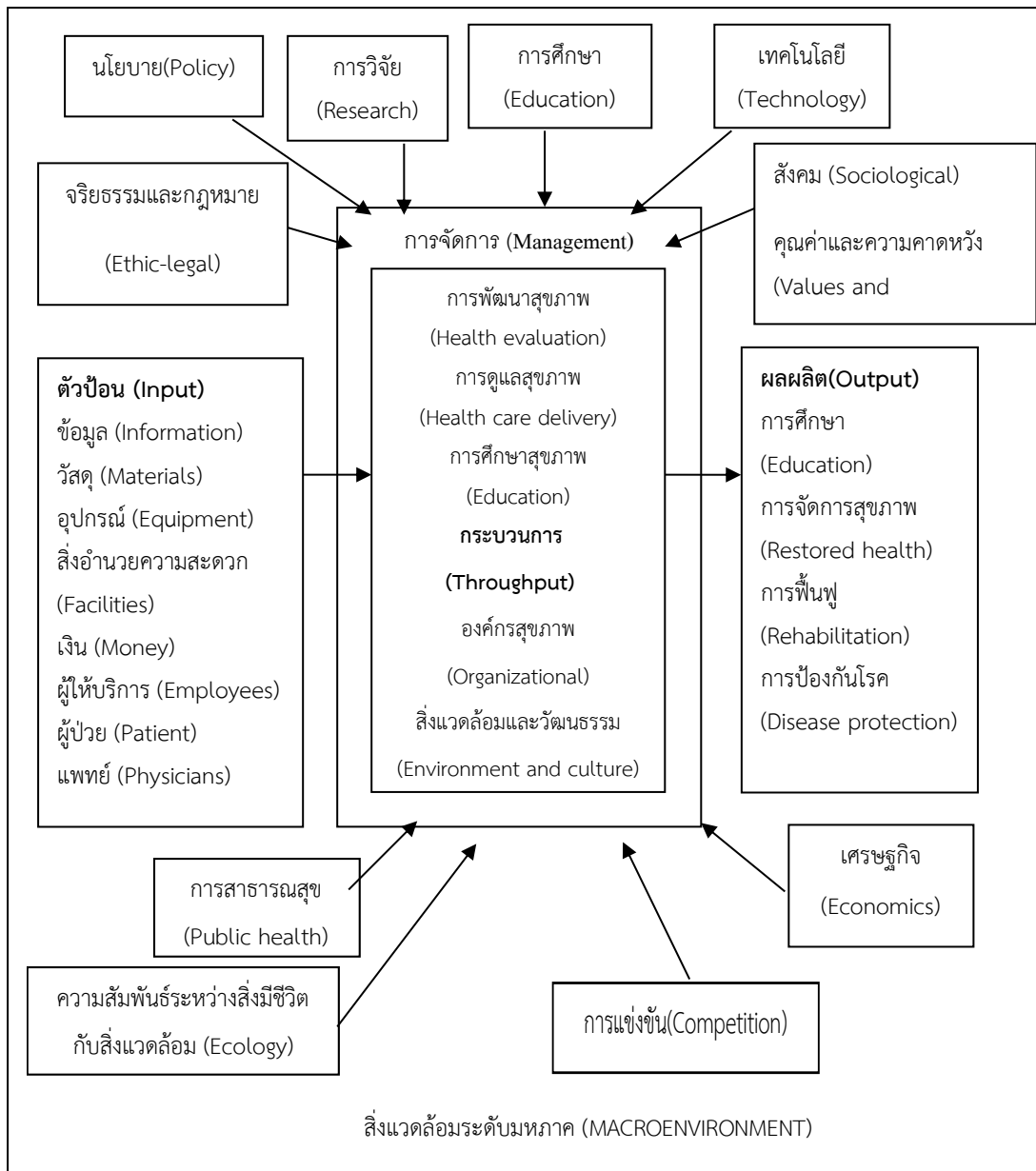
Donabedian (1985) กล่าวว่า กลไกของระบบเป็นสิ่งที่ยากสำหรับการจำแนกเนื่องจากในแต่ละขั้นตอนจะมีลักษณะและกระบวนการบางอย่างที่ใกล้เคียงและเชื่อมโยงกัน แต่เมื่อจำแนกกลไกของระบบสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลไกที่ประกอบด้วย 1) การใช้ความแตกต่างของกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ และ ผลลัพธ์ 2) การใช้กระบวนการของระบบสุขภาพ และ 3) การบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคคล ซึ่งในการศึกษาบุคคลหรือชุมชนพบว่ามีความแตกต่างกันตามสถานที่และสภาพแวดล้อม ตัวอย่างเช่น หากเป็นในโรงพยาบาลจะพบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ และตัวป้อน (input) ดังนั้นการใช้กระบวนการของระบบเพื่อประเมินและควบคุมความแตกต่างของแต่ละบุคคลจึงขึ้นอยู่กับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และต้องมีการพิจารณาในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วยจนครบทุกส่วน ซึ่งในเวลาต่อมาได้มีการพัฒนาทฤษฎีระบบอย่างต่อเนื่องและสามารถสร้างเป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบหลักอันได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Donabedian, 2005)

1) โครงสร้าง หมายถึง จุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับ การมีส่วนร่วมของบุคคลและทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ลักษณะการดูแล การบริหารจัดการการดูแล และการจัดโปรแกรมการดูแล ซึ่งต้องมีการประยุกต์องค์ประกอบของโครงสร้างข้างต้นเพื่อให้เกิด แนวทางการดูแลที่ดี การกำหนดโครงสร้างจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องมีในการดูแลผู้ป่วย

2) กระบวนการ หมายถึง วิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล โดยผู้ดูแลต้องมีความพึงพอใจและมีสมรรถนะในการดูแล กระบวนการของการดูแลจึงขึ้นอยู่กับ การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วย ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแล

3) ผลลัพธ์ หมายถึง จุดสิ้นสุดของการดูแล โดยผลของการดูแลจะเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป ผลลัพธ์ที่ดีจึงขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล องค์กร และระบบสุขภาพ

สรุป ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีหลักการและเป้าหมายที่สำคัญ คือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแนวคิดหลักของ Donabedian (2005) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระบบ บริการสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง หมายถึง จุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับบุคคล ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ลักษณะการดูแล และการบริหารจัดการการดูแล กระบวนการ หมายถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร ความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล และผลลัพธ์ หมายถึง ผลของการดูแลซึ่งขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและการรับรู้ของบุคคล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตโดยสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์



ภาพที่ 1 การจัดการระบบสุขภาพที่เป็นระบบเปิด (ที่มา: Sullivan and Decker, 2005)

2.2 ระบบบริการพยาบาล

ปัจจุบันการจัดการปัญหาสุขภาพหรือโรคแบบการบริบาลต่อเนื่อง (continuum care model) เป็นสิ่งจำเป็นในระบบบริการสุขภาพซึ่งกำลังเกิดและพัฒนาขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย การจัดการสุขภาพหรือภาวะสุขภาพอนามัยทั้งปัจเจกบุคคลและสาธารณะ การพัฒนาระบบบริการเพื่อการบริบาลต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นความท้าทายอันยิ่งใหญ่ของการจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนจตุรรวมศูนย์จากตัวบุคคลไปสู่ประชากรและระบบให้มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนการจัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลด้วยเช่นกัน

2.2.1 ความหมายของระบบบริการพยาบาล

ระบบบริการพยาบาลมีผู้ให้คำนิยามดังนี้

Sullivan and Decker (2005) ให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลว่า หมายถึง ระบบที่มุ่งให้การดูแลผู้ใช้บริการเฉพาะแต่ละกลุ่ม การให้บริการพยาบาลรวมถึงการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ การวางแผนการพยาบาล การให้การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

พูลสุข หิงคานนท์ (2549) ให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลว่า หมายถึง ระบบที่ทำหน้าที่เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาล คือการบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยป้อนของระบบ คือ ทรัพยากรต่างๆ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ กระบวนการในการบริการ และผลลัพธ์ของการบริการ

สรุป ระบบบริการพยาบาล หมายถึง ระบบการจัดการภาวะสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง โดยเป็นระบบที่มุ่งให้การดูแลผู้ใช้บริการเฉพาะแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้บริการที่กำหนด

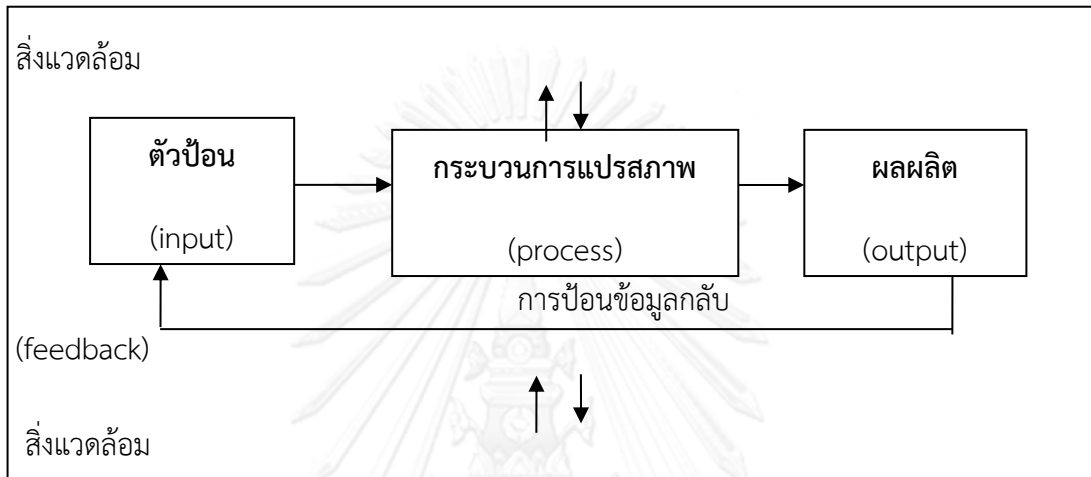
2.2.2 แนวคิดระบบบริการพยาบาล

พูลสุข หิงคานนท์ (2549) กล่าวว่า ระบบบริการพยาบาลเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้รับบริการและครอบครัว โดยหลักการจัดระบบบริการพยาบาลมีองค์ประกอบ ดังนี้

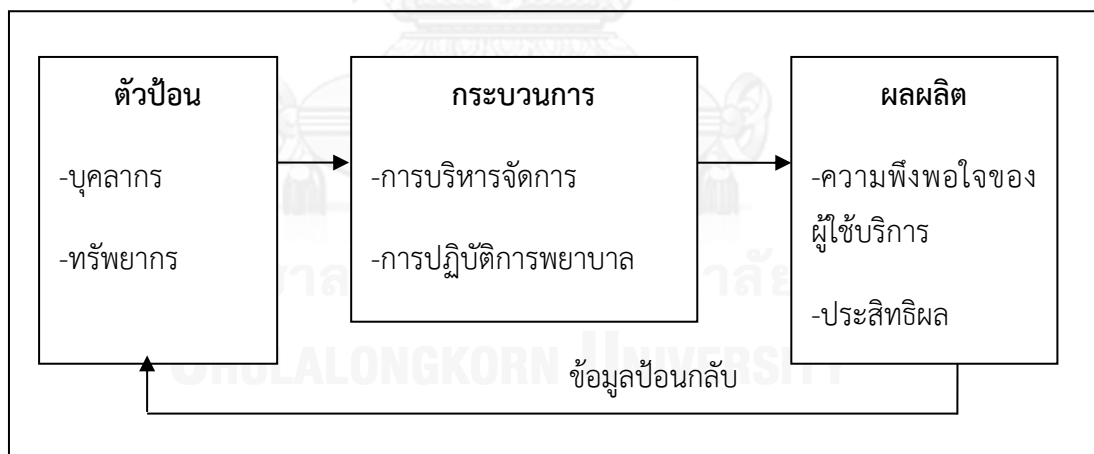
- 1) ตัวป้อน (Input) เป็นสิ่งที่นำเข้ามาเพื่อเป็นทรัพยากรในการปฏิบัติงานของระบบบริการ ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ สถานที่ให้บริการ สารสนเทศที่เกี่ยวข้อง
- 2) กระบวนการ (Process) กระบวนการแปรสภาพตัวป้อนให้เกิดผลผลิตในระบบบริการ โดยเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องหลายระบบด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การควบคุม กระบวนการให้บริการ การพัฒนาองค์กรภายใน การกำหนดกฎระเบียบ และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน

3) ผลผลิต (Output) เป็นสิ่งที่ได้จากการนำตัวป้อนผ่านกระบวนการ ผลผลิต คือ บริการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบริการ

4) ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เป็นการนำผลที่ได้จากการประเมินตัวป้อน กระบวนการ และผลผลิตมาพิจารณาปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น



ภาพที่ 2 แบบจำลองระบบเปิด (ที่มา: พูลสุข หิงคานนท์, 2549)



ภาพที่ 3 ระบบบริการพยาบาลตามแนวคิดระบบเปิด (ที่มา: พูลสุข หิงคานนท์, 2549)

สรุป ระบบบริการพยาบาลเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้รับบริการและครอบครัว รวมไปถึงการจัดสิ่งแวดล้อมและค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาล ซึ่งแนวคิดของ พูลสุข หิงคานนท์ (2549) สามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ตัวป้อน (Input) หมายถึงสิ่งที่นำเข้ามาเพื่อเป็นทรัพยากรในการปฏิบัติงาน กระบวนการ (Process) หมายถึงการบริหารจัดการและการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน และผลผลิต (Output) หมายถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบริการโดยหากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่มีมาตรฐานและเหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ผู้ป่วยย่อมสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตโดยสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.2.3 หลักการจักระบบบริการพยาบาล

หลักการจักระบบบริการพยาบาล มีผู้ให้คำนิยามดังนี้

พูลสุข หิงคานนท์ (2549) ให้ความหมายของหลักการจักระบบบริการพยาบาลว่า หมายถึง การจักระบบที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพหรือระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักการจักระบบบริการพยาบาล ได้แก่

1) การให้บริการแบบองค์รวม ผู้บริหารหรือผู้ที่มีหน้าที่ในการจักระบบบริการพยาบาลจะต้องจัดการบริการเพื่อให้สามารถดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมคือ กาย จิต วิญญาณ และสังคม ไม่ใช่การจัดการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการรักษาตามที่แพทย์สั่งรักษาเท่านั้น ต้องให้การดูแลด้านจิตใจรวมถึงความเชื่อของผู้รับบริการด้วย

2) การให้บริการแบบเสมอภาค การจัดการบริการพยาบาลในทุกหน่วยบริการ ผู้บริหารจะต้องคำนึงถึงความเสมอภาคของผู้รับบริการ การจักระบบต้องเป็นไปอย่างเดียวกัน มีความเสมอภาค ไม่แบ่งชั้นวรรณะ และไม่เลือกปฏิบัติ

3) การให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ มีการจักระบบบริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งการจักระบบการดูแลแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

4) การให้บริการด้วยคุณภาพ สิ่งสำคัญของการจักระบบบริการพยาบาล คือการจักระบบด้วยคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานทางวิชาการที่มีการกำหนดไว้อย่างเคร่งครัด การจักระบบต้องพิจารณาจักระบบการให้บริการที่เหมาะสมกับสภาพผู้ใช้บริการและสัดส่วนของอัตรากำลังทางการพยาบาล เพื่อคงความมีคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

5) ประสิทธิภาพในการจักระบบ การจักระบบบริการพยาบาลนั้นจะต้องจัดอย่างมีประสิทธิภาพ คือเสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพ

6) การจักระบบตามระดับความสามารถของหน่วยบริการ หน่วยงานบริการด้านสุขภาพแบ่งเป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งในทุกหน่วยงานควรมีการจักระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับหน่วยงาน ให้แก่ประชาชนในทุกภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องตั้งแต่มีสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต

วันเพ็ญ ภิรมย์ภักดี (2549) ให้ความหมายของหลักการจัดระบบบริการพยาบาลว่า หมายถึง หลักการจัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลตามแนวคิดระบบสุขภาพ

1) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังที่เน้นให้ผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ โดยการจัดโปรแกรมการสอน การสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการ ญาติ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังตลอดชีวิต การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการดูแลทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวมที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อการดูแลรักษาและสร้างสุขภาวะอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

2) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่เน้นให้การบริการด้านการป้องกันส่งเสริมการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ ทั้งที่เป็นบริการภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยประสานงานร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดคลินิกส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทุกวัยเหมาะสม

3) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและสากลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative and end of life care) การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารเพื่อเชื่อมโยงหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข เป็นต้น

4) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่ส่งเสริมความเสมอภาคในการดูแลตามหลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจในหลักประกันสุขภาพและอำนวยความสะดวก จัดสถานที่พักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพในระบบบริการอย่างเสมอภาค

5) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่เน้นคุณภาพการให้บริการและการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้บริการแบบองค์รวม

สรุป การจัดระบบบริการพยาบาลควรประยุกต์ใช้มุมมองและแนวคิดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศเป็นหลักเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับการจัดระบบสุขภาพของหน่วยงาน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นองค์รวมและมีคุณภาพทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน เกิดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสร้างสุขภาวะที่เป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

2.2.4 ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล

การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล เป็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพทั้งระบบบริการพยาบาล (พลสุข หิงคานนท์, 2549) โดยมีความสำคัญดังนี้

1) ก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อบริบทของการให้บริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากปัจจัยด้านการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจของประเทศ แบบแผนสุขภาพและศักยภาพของประชาชน ผู้ให้บริการในระบบสุขภาพจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายการปฏิบัติงานขององค์กร

2) เพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบบริการพยาบาล เมื่อระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยน บุคลากรซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติงานให้บริการต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบบริการที่เปลี่ยนไป เมื่อมีการพัฒนาเกิดขึ้น บุคลากรพยาบาลจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

3) ประหยัดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เมื่อมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลจะทำให้เกิดการประเมินผลงาน สํารวจข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพัฒนา ทำให้ผู้บริหารได้รับทราบข้อมูลความเป็นไปขององค์กร และปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการ

4) เกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในองค์กร ผู้ปฏิบัติงานในด้านเดียวหรืองานเดิมอยู่เป็นเวลานานจะมีความเบื่อหน่ายและไม่ตื่นตัวในการพัฒนาตนเอง เมื่อมีการพัฒนาคน การพัฒนาองค์กรย่อมเกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวคนในระบบหรือระบบงานในองค์กร ทำให้บุคลากรตื่นตัวและปรับกระบวนการทำงานที่ต่างจากเดิม

5) ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลจะทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะการพัฒนาจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการขององค์กรและความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ

สรุป การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาลเป็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบบริการพยาบาล บุคลากรเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน มีการปฏิบัติงานภายในองค์กรที่มีมาตรฐาน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และประหยัดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

2.2.5 ความสำคัญของการบริหารระบบการพยาบาล

การบริหารระบบบริการพยาบาลมีความสำคัญดังนี้

1) ความสำคัญต่อระบบสุขภาพ ระบบการบริการพยาบาลเป็นระบบย่อยในระบบการบริการด้านสุขภาพของหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องทั้งการสนับสนุน ส่งเสริม ร่วมมือ ประสานงานกับระบบอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลผลิตตามเป้าหมายขององค์กรสุขภาพที่กำหนดไว้ หากผู้บริหารไม่สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพจะไม่มีประสิทธิภาพไปด้วย

2) ความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ การบริหารระบบบริการที่ดีจะส่งผลต่อการจัดบริการที่ดี และมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการดำเนินการกำหนดนโยบายของหน่วยงาน การกำหนดมาตรฐาน และการแสวงหามาตรการการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีมีมาตรฐาน

3) ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ การบริหารระบบบริการพยาบาลที่ดี จะทำให้ผู้ให้บริการมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และสามารถพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจ มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผลการบริการที่ดีจะส่งผลต่อผู้รับบริการด้วย

สรุป การบริหารระบบบริการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งระบบสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ เพื่อทำให้เกิดผลผลิตตามเป้าหมายขององค์กรสุขภาพที่กำหนดไว้ ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีมีมาตรฐาน ตลอดจนผู้ให้บริการเกิดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

2.3 มาตรฐานการจัดระบบบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ

ภายในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลระดับต่างๆควรมีการจัดระบบบริการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานตามระดับความสามารถของหน่วยงาน และมีการจัดระบบการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่ภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมาตรฐานการจัดระบบบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ (สภาการพยาบาล, 2543) มีดังนี้

1) มาตรฐานการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิ การจัดระบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิเป็นลักษณะการจัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เน้นการบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยมาตรฐานด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล มาตรฐานเกี่ยวกับกระบวนการ ได้แก่ การจัดองค์กรและการบริหารองค์กร การบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การจัดระบบงาน กระบวนการให้บริการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การให้บริการพยาบาลที่บ้าน การบันทึกและการรายงาน จัดระบบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการบริการพยาบาล มาตรฐานเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ การรักษาสิทธิของผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และมาตรฐานด้านผลลัพธ์

2) มาตรฐานการจัดระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การกำหนดมาตรฐานของระบบบริการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้หน่วยงานบริการได้พัฒนาไปสู่คุณภาพการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ โดยมาตรฐานด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานเกี่ยวกับกระบวนการ ได้แก่ การจัดองค์กรและการบริหารองค์กรพยาบาล การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และมาตรฐานที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการบริการ และการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเอง

สภาการพยาบาล (2548) ได้กล่าวถึง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุง
 ครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ดังนี้

หมวดที่ 1 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 (Standard of nursing and midwifery service organization) ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหารองค์กรบริการการพยาบาลและการผดุง
 ครรภ์

1.1 องค์กรพยาบาล/ฝ่ายการพยาบาล/กลุ่มงานการพยาบาลอยู่ในโครงสร้าง
 การบริหารโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ และขึ้นตรงสูงสุดต่อผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล/
 สถานบริการสุขภาพ

1.2 องค์กรพยาบาลและการผดุงครรภ์มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ตาม
 ขอบเขตงานของวิชาชีพ

1.3 องค์กรพยาบาลมีผู้บริหารสูงสุดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

1.4 องค์กรพยาบาลมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางการ
 บริหารและการจัดบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.5 องค์กรพยาบาลมีนโยบาย เป้าหมาย และแผนพัฒนาคุณภาพบริการ
 พยาบาล

1.6 ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย
 ตัดสินใจ และวางแผนเกี่ยวกับการสนับสนุนและการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล/สถานบริการ

1.7 ผู้บริหารทางการพยาบาลสนับสนุนให้มีระบบและกลไกการบริหารที่เน้น
 การมีส่วนร่วมของบุคลากรและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

2.1 การคัดสรรบุคลากรจัดทำอย่างเป็นระบบ

2.2 พยาบาลทุกระดับมีคุณสมบัติและสมรรถนะที่เหมาะสม

2.3 การจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการบริการพยาบาล

2.4 การควบคุมกำกับและการประเมินผลงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพ

2.5 ระบบการพัฒนาความรู้ความสามารถ มีความทันสมัย

2.6 ระบบการรักษาบุคลากรมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการการพยาบาลและการ
 ผดุงครรภ์

3.1 การจัดระบบบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีคุณภาพ

3.2 การจัดทีมการพยาบาลเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.3 ระบบการบริหารการพยาบาลสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลใน
 การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3.4 กลไกการส่งเสริมให้พยาบาลและผดุงครรภ์ประกอบวิชาชีพอย่าง
 จริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

3.5 ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1 นโยบายและแผนงานจัดการระบบคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

4.2 ระบบบริหารความเสี่ยง

4.3 ระบบการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery practice standard) ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.1 การใช้กระบวนการพยาบาล

1.2 การปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสีติผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

2.1 การปกป้องและพิทักษ์สิทธิ์ผู้ใช้บริการ

2.2 การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณ

วิชาชีพ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3.1 การใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล

3.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน

5.1 ระบบการบันทึกและการรายงาน

5.2 การพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลและการรายงาน

หมวดที่ 3 มาตรฐานผลลัพธ์การบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery outcome standard) ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ปลอดภัย

มาตรฐานที่ 2 การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

มาตรฐานที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล ผู้ใช้บริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการมีความสามารถในการดูแลตนเอง

มาตรฐานที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ใช้บริการพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

สรุป โรงพยาบาลระดับต่างๆควรมีระบบบริการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานตามระดับความสามารถของหน่วยงาน โดยควรมีการจัดระบบการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตั้งแต่ภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงควรมีระบบบริการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ควรประกอบด้วย มาตรฐานการจัดองค์กรและการบริหารองค์กรพยาบาล มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์และมาตรฐานผลลัพธ์การบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการตอบสนองปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีประสิทธิภาพในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพและระบบบริการพยาบาล ทำให้พบว่าทฤษฎีเชิงระบบเป็นระบบเปิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบบริการพยาบาลควรมีการจัดองค์กรและการบริหารองค์กรพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยคำนึงถึงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการพยาบาล ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่เกิดขึ้นต่อการพยาบาลที่ได้รับ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลในระดับต่างๆจึงควรมีระบบบริการพยาบาลที่มีมาตรฐานเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ด้านต่างๆ และเพื่อให้เกิดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีมาตรฐานต่อไป

3. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

3.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ให้คำนิยามดังนี้

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2548) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึง ศาสตร์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งเน้นการรักษาแบบองค์รวมมิใช่เฉพาะปัญหาทางกาย โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน โดยการรักษาจะได้ผลดีหากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่จำเป็น และเริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้ายต่อเนื่องไปจนเสียชีวิต รวมไปถึงการติดตามดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระยะที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2548) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึงปรัชญาของการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษาและการบรรลุดมมุ่งหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งทุกข์ทรมานจากการคุกคามของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อป้องกันบรรเทาความทุกข์ทรมานและรักษาอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ชมรมชีวันตารักษ์ (2549) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่า หมายถึง การให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยที่การรักษาจะมุ่งเน้นการเยียวยาตามอาการของโรคที่แสดงออก ซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) ซึ่งสามารถยอมรับได้ในการดำเนินชีวิตในขณะนั้น

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2550) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึง การดูแลรูปแบบที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ประสบปัญหา อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ด้วยการป้องกันและบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่ประเมินได้ตั้งแต่ในระยะแรกๆ และบรรเทาความเจ็บปวดรวมทั้งปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเน้นการดูแลทางด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังคำนึงถึงการดูแลทางด้านมนุษยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพที่สุด ขณะเดียวกันก็เอื้อต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึง วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดรอบถ้วน

Emanuel and Librach (2007) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยบรรเทาความทุกข์ทรมานและการจัดการความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยที่ครอบครัวรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

องค์การอนามัยโลก (2012) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึงการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และสังคมของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของโรค จนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วะยะแรกที่แพทย์มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดไปจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือการเสียชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

3.2 ประวัติและความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยเริ่มจากประเทศที่มีวัฒนธรรมตะวันตกได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในยุโรป แคนาดา และ ออสเตรเลีย มีการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยตั้งแต่ ค.ศ. 1960 ในรูปแบบของ Hospice Care และจากการที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาว ทำให้เกิดการปรับปรุงระบบการบริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นการประหยัดงบประมาณที่ไม่จำเป็นในการรักษาที่ไร้ประโยชน์ ในศตวรรษที่ 16 มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า “Palliative Care” และมีผู้ให้คำจำกัดความที่เฉพาะเจาะจงว่าการบรรเทาอาการมากกว่าจะเน้นการรักษาให้หาย ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 Dr. Balfour Mount เป็นบุคคลแรกที่ใช้รูปแบบบริการแบบประคับประคอง ณ The Royal Victoria Hospital at McGill University in Montreal ประเทศแคนาดา เพื่อให้ทุกวิชาชีพได้ใช้ความรู้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) Dr. Balfour Mount เป็นผู้ตั้งคำว่า palliative care โดยมีรากศัพท์จากภาษาละติน “pallium” หมายถึง สิ่งปกคลุมหรือห่อหุ้มคนหรือสิ่งของ เพื่อให้ palliative care หมายถึง การดูแลรักษาที่สามารถปกป้องผู้ป่วยจากอาการต่างๆในระยะสุดท้าย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสนใจเรื่อง Hospice ตั้งแต่ พ.ศ. 2503 และจัดตั้ง The national Hospice Organization ครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2522 และเน้นการดูแลแบบประคับประคอง คือ การควบคุมความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วย (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2547)

3.2.1 การดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ

1) Palliative Care Unit ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา Dr. Sandy Buchman ประธานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา เป็นหมอเวชศาสตร์ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบครัว และปัญหาด้านจิตใจและสังคม โดย Palliative Care Unit เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล มีสถานที่สวยงามน่าอยู่ไม่หืดหู่ ลักษณะของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 แบบ 1) Short term แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่มารับการควบคุมอาการชั่วคราว เช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย หรือคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยกลุ่มนี้แสดงเจตนาารมณ์ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และผู้ป่วยที่มาควบคุมอาการในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ที่บ้านจนกระทั่งอาการแย่งย้ายมารักษาที่ Palliative Care Unit และ 2) Long term แบ่งเป็น ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่ได้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่มีปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้านด้านการพยาบาล และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอยู่เป็นเวลานานสามารถย้ายออกไปอยู่บ้านได้หากผู้ป่วยต้องการ (ดาริน จตุรภัทรพร, 2553)

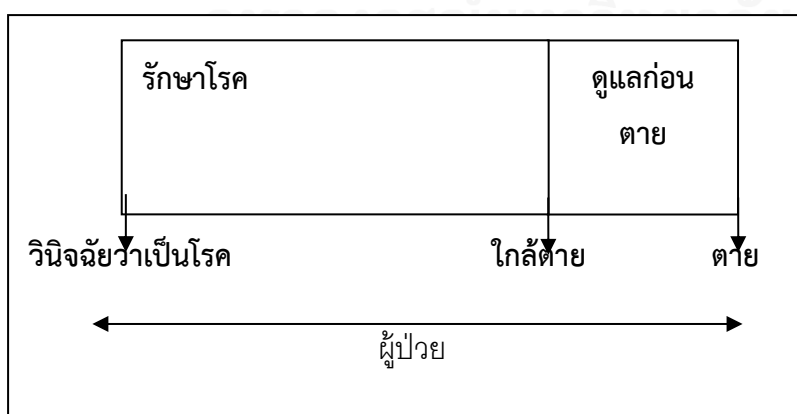
2) Palliative Care Unit ที่โรงพยาบาล North General Hospital ของเมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร แนวคิดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของเมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักรประยุกต์มาจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ใช้เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย นำโดยคณาจารย์ของ Department of Palliative Medicine University of Sheffield แพทย์ใน North General Hospital และ Royal Hallamshire Hospital และในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกันออกแบบแนวคิดการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยแยกการดูแลออกเป็น 2 ระยะ ใน

ระยะแรกมุ่งการรักษาโรคหลัก และในระยะที่สองจะเป็นการระบุงการรักษาค่าให้แก่อผู้ป่วยและครอบครัวว่าเป็นไปเพื่อการรักษาโดยประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่เริ่มการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา จนกระทั่งการดูแลหลังการเสียชีวิต (โกคิน ศักรินทร์กุล, 2553)

3.2.2 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

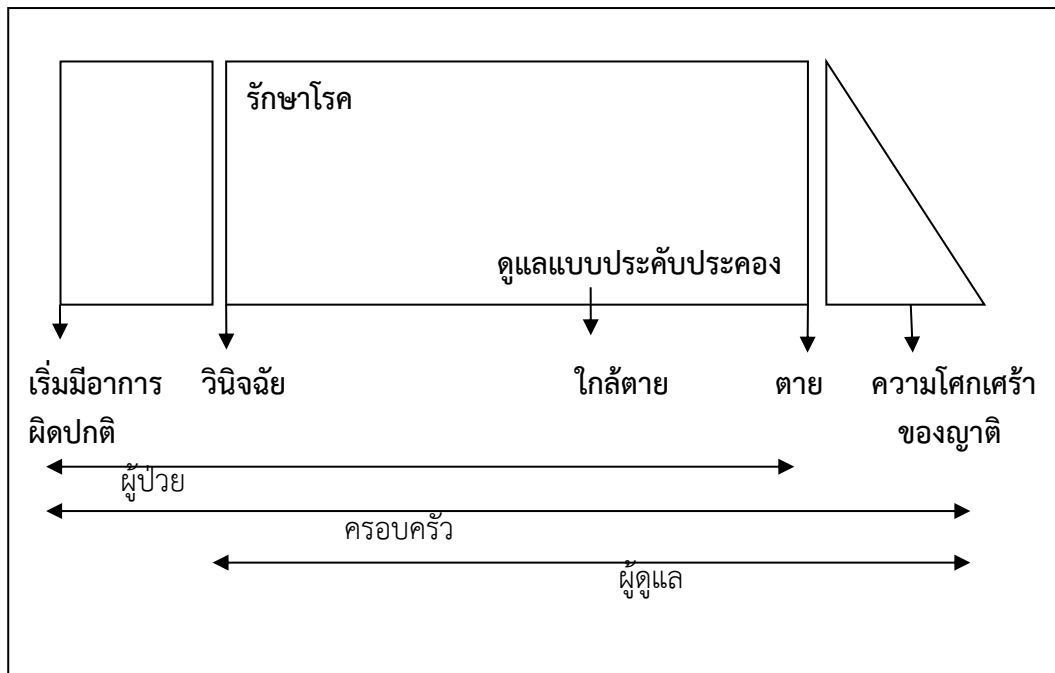
สำหรับประเทศไทยได้มี Palliative Care ของโรงเรียนแพทย์ โดยโรงเรียนแพทย์เริ่มมีการสร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง มีช่องทางหลักในการสื่อสารคือ เว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เริ่มการก่อตัวของเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์เข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ เมื่อ 18-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 (สุมาลี ประทุมรัตน์, 2553) สำหรับประเทศไทย การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอดีตเริ่มจากเมื่อผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเต็มที่จนกระทั่งไม่สามารถรักษาให้หายได้จึงจะเริ่มการรักษาแบบประคับประคอง แต่ในปัจจุบันได้เริ่มการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยจากแพทย์ร่วมไปกับการรักษาโรคหลัก จากนั้นการรักษาแบบประคับประคองจะมากขึ้นในขณะที่การรักษาให้หายขาดจะลดลง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553)

สรุป การดูแลแบบประคับประคองได้เริ่มขึ้นจากประเทศที่มีวัฒนธรรมตะวันตก ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในยุโรป แคนาดา และ ออสเตรเลีย โดยมีสาเหตุมาจากการพัฒนาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และจากการที่ประชาชนทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่อมาโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยจึงได้เริ่มมีการสร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองขึ้นเช่นกัน เพื่อสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีมาตรฐาน สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประหยัดงบประมาณที่ไม่จำเป็นในการรักษาที่ไร้ประโยชน์ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

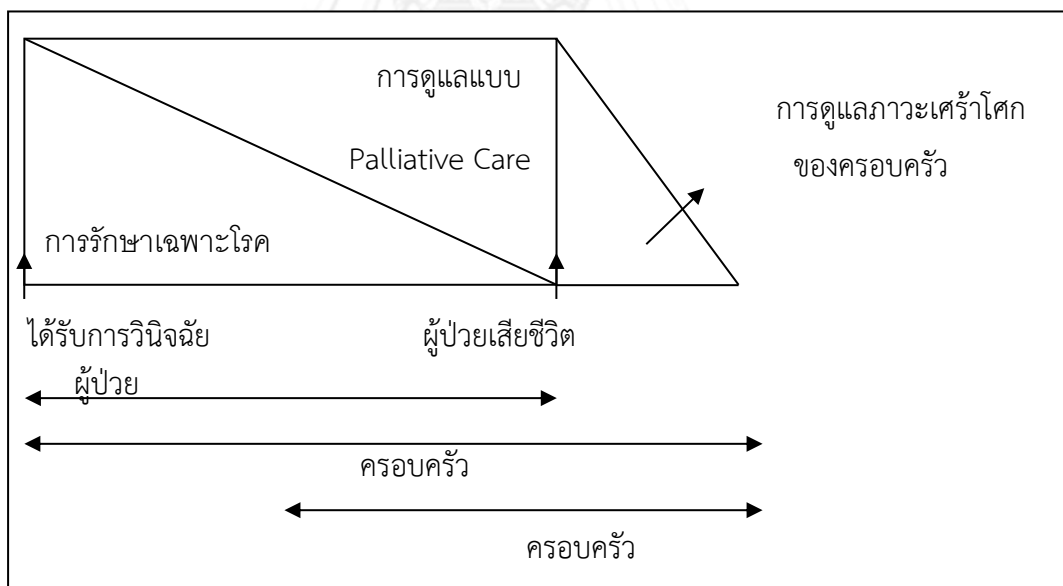


ภาพที่ 4 การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประเทศไทยในอดีต

(ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553)



ภาพที่ 5 การรักษาแบบประคับประคองในปัจจุบัน (ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553)



ภาพที่ 6 ภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

3.3 องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง

องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ให้คำนิยามดังนี้

โครงสร้างของการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ศาสนา และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการคำนึงถึงกฎหมายและจริยธรรมทั้งขณะและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Campbell, 2009) จึงเป็นการร่วมมือกันของสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม (Sims and Moss, 1995)

ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองที่ประกาศโดยองค์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก (National Hospital and Palliative Care Organization) พบว่ามีสาระสำคัญ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ดังนี้

- 1) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่เป็นปัญหา
- 2) ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นเรื่องธรรมชาติ
- 3) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตายเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว
- 4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต (quality of life) และการให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- 5) ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ (interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังการเสียชีวิต
- 6) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ
- 7) เป็นบริการที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และศึกษาวิจัยเพื่อหาสาเหตุของโรค
- 8) ช่วยให้การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง สรุปเป็น 4C (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2552) ดังนี้

- 1) Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) Comprehensive การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- 3) Coordinated คือการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด

นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัวและผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในฐานะผู้ร่วมดูแลและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ

4) Continuous มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลกลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว ในความจริงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

หลักสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง สามารถแบ่งเป็นประเด็นทางสุขภาพ 4 ส่วนหลัก ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ดังนี้

L = Living Will หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา (goal of care) และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ซึ่งครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในพินัยกรรมชีวิต

I = Individual หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือการเสียชีวิต

F = Function หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

E = Emotion and Coping หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

S = Syntoms หมายถึง ความไม่สบายทางร่างกายและอาการต่างๆ

S = Social and Support หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย

หลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2550) ประกอบด้วย

- 1) มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลักมิใช่ตัวโรค
- 2) มุ่งลดอาการปวดและทุกข์ทรมานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทั้งร่างกายและจิตใจ
- 3) ให้การดูแลที่ครอบคลุมผสมผสานทั้งด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 4) ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบ
- 5) ดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งในขณะและหลังการเสียชีวิต
- 6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับว่าความตายเป็นสัจธรรม เป็นธรรมชาติของชีวิตซึ่งอาจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือไม่ก็ได้
- 7) ให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยว่าความตายเป็นวัฏจักรที่เป็นธรรมชาติของชีวิต ไม่ควรรังเกียจและผลึกไสความตาย รวมทั้งไม่พยายามเร่งรัดความตายจนเกินกว่าเหตุ
- 8) สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติเท่าที่เป็นได้จนกว่าจะเสียชีวิต

สรุป องค์ประกอบสำหรับการดูแลแบบประคับประคองควรประกอบด้วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ศาสนา และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังการเสียชีวิต

3.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 – 2559

ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมากขึ้น เนื่องจากพบว่า แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย แม้จะมีหลายองค์กรได้ดำเนินการเรื่องนี้มาระยะหนึ่ง แต่ควรให้การผลักดันให้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปสู่สาธารณชนมากขึ้น และต้องอาศัยทั้งระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมรองรับเรื่องนี้ ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ในระดับชาติเพื่อรองรับปัญหาของสังคมไทยที่ต้องเผชิญกับโรคใหม่ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคภัยร้ายแรงต่างๆ เป็นต้น ที่เป็นต้นเหตุของการทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556 - 2559 เพื่อมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทัศนคติที่ดีและการสร้างความรู้ความเข้าใจ มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมเรื่องการตายดีและการบริหารแบบประคับประคอง ผ่านช่องทางการสื่อสารอย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการความรู้ โดยพัฒนาระบบการศึกษา การวิจัยและพัฒนา การสร้างระบบจัดการความรู้ สร้างคลังความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนารูปแบบและระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต มุ่งพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในสถานบริการของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งระบบสุขภาพของชุมชน และการพัฒนาระบบยาที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพและกำลังคน ด้วยการเพิ่มจำนวนบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่าย ที่ผ่านการศึกษาและฝึกอบรม โดยมีศูนย์ฝึกอบรมที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในทุกภาคของประเทศ มีหลักสูตรที่รับรองโดยองค์กรวิชาชีพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาและบูรณาการเทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศในระบบการบริหารแบบประคับประคอง เพื่อสร้างความเชื่อมโยง ในการแบ่งปันข้อมูล-ข่าวสารร่วมกัน ของ

เครือข่ายและสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย การบริหารจัดการยาและการให้คำปรึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การผลักดันนโยบาย กลไก และกฎหมายรองรับการมีสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งให้เกิดนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่รองรับการจัดบริการ รวมถึงการเสนอให้เป็นวาระระดับชาติ

สรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายย่อมมีความทุกข์ทรมานและต้องการที่ซบซ้อนในทุกๆ ด้าน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลที่เหมาะสมและความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้สามารถใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้มีการผลักดันและจัดทำยุทธศาสตร์ในระดับชาติเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ที่ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์เพื่อมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

3.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆของผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ดังนั้นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงควรมีระบบบริการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน และสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงถือเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง เพื่อเป็นการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสิ้นชีวิตลงด้วยความสงบ พยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม โดย สภาการพยาบาล (2552) ได้กำหนดว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดบริการพยาบาลแบบประคับประคองควรประกอบด้วย 9 ด้าน เพื่อใช้ในการพัฒนาตนเอง และสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) Care management มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค

2) Direct care มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซบซ้อน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนจะมีปัญหาที่ทุกข์ทรมานแตกต่างกันไป ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแล โดยนำแนวคิด การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การดูแลเพื่อจัดการอาการ (symptom management) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ทางกายภาพ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3) Collaboration มีความสามารถในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

4) Empowering, Educating, Coaching and Mentoring มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

5) Consultation มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ การให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว เครือข่ายผู้ดูแล/ อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/จิตอาสา การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาในการดูแลที่บ้าน การประสานขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญในแต่ละด้าน เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและแพทย์แผนไทย เป็นต้น ให้คำแนะนำแก่พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานที่มาศึกษาดูงานและหน่วยงานที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

6) Change agent มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเป็นผู้นำตนเองในการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาตนเองและการทำงาน

7) Ethical reasoning and ethical decision making มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในการดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พุดไม่ได้ การบอกข้อมูลการวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรคที่เป็น การถอดท่อช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

8) Evidence-based practice มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แสวงหาข้อมูลใหม่ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

9) Outcome management and evaluation มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เครือข่าย/ผู้ดูแล เป็นต้น

ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมี 9C ดังนี้

1) Concern มีความสามารถเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสงบ ความมั่นใจ สามารถควบคุมอาการปวดอย่างได้ผล

2) Competence สามารถถ่ายทอดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีความห่วงใย มีพฤติกรรมที่อบอุ่นเป็นกันเอง

3) Comfort ต้องใช้หลักการพยาบาล เพื่อความสบายทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจ โดยเฉพาะเรื่องความปวด

4) Communication เป็นนักฟังที่ดี ฟังอย่างสนใจ โต้ตอบอย่างเหมาะสมในสิ่งที่จำเป็น เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไร

5) Children and relatives จัดให้ลูกหลานมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ควรถามความสมัครใจของญาติด้วย เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ

6) Cohesion จัดโอกาสและบรรยากาศให้สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความกังวล และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรูสึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป

7) Cheerfulness ต้องอยู่ในอารมณ์สดชื่น สีหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

8) Consistency การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การที่มาตรฐานเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้

9) Calmness of mind มีจิตใจที่สงบสามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการ เฉื่อยชาต่อผู้ป่วยและญาติ

สรุป พยาบาลมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตด้วยความสงบ ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ทักษะ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวย่อมได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นแบบองค์รวม ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดดังกล่าว โดยผลการวิเคราะห์แนวคิดพบว่า มีความเหมือนและความต่างดังตารางที่ 1-5 และพบว่าแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) มีความครอบคลุมระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็น 7 ด้าน เพื่อที่จะดำเนินการศึกษาต่อไป โดยนำไปสร้างกรอบการวิจัย ดังนี้

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ 1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ 3) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย 5) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 6) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย และ 7) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีแนวโน้มอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นจนกว่าจะเสียชีวิต และจากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่า ในปัจจุบันตามแต่ละหอผู้ป่วยประกอบด้วยทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีอาการหนักอยู่รวมกันจึงทำให้ไม่มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม โดยการศึกษาของ Mckim (2003) พบว่า สิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ แสงสว่าง เสียง สภาพอากาศ การระบายอากาศ ห้องปฏิบัติการงาน เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่ง

เอื้อต่อการปฏิบัติงานทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพของบุคคล และทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว แต่ภายในหอผู้ป่วยจะมีผู้คนเดินผ่านเข้าออก มีเสียงการพูดจาของบุคคล เสียงการร้องไห้ของครอบครัวและญาติของผู้ป่วย รวมไปถึงเสียงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการสร้างความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) การจัดระเบียบในการเยี่ยมผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยเกินไป และการจัดห้องพักให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกเสียใจ จึงเป็นสิ่งเหมาะสมในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยที่หมดหวังตามหอผู้ป่วย (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2548)

สรุป โรงพยาบาลควรมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย โดยมีมาตรฐานทั้งทางกายภาพ ทางสังคม และทางจิตใจที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดสถานที่ที่เอื้อให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกต่อผู้ป่วย รวมทั้งการจัดระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยที่ไม่รบกวนผู้ป่วยจนเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสงบ

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยซับซ้อนไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การจัดทีมสหวิชาชีพจึงมีความจำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ครอบคลุมทุกมิติ สุขภาพ “Palliative Care Team” หรือ “ทีมดูแลให้สบาย” จึงควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักบวชที่สนใจและชำนาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิชาชีพอื่นที่อาจอยู่ร่วมในทีม ได้แก่ โภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร อาสาสมัคร นักการแพทย์ทางเลือก โดยบทบาทของทีมสหวิชาชีพคือเป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การควบคุมอาการเจ็บปวดและอาการรุนแรงอื่นๆ การแจ้งข่าวร้าย การปรึกษาหารือกันเรื่องเป้าหมาย การดูแล การจัดประชุมญาติและครอบครัว การช่วยเหลือครอบครัวแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก และการช่วยเหลือด้านจิตวิทยา สังคม และจิตวิญญาณ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) องค์กรพยาบาลจึงควรมีทีมพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ มีการพัฒนาความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Matzo and Sherman, 2010)

สรุป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยภายในทีมสหวิชาชีพควรประกอบด้วยสหวิชาชีพจากหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร อาสาสมัคร และนักการแพทย์ทางเลือก ซึ่งหากมีทีมสหวิชาชีพคอยให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามสาขาวิชาชีพอย่างดีที่สุด จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงนับว่ามีความสำคัญมาก

3) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวย่อมมีทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kinghorn and Gamlin, 2001) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ดุสิต สถาวร, 2552) ดังนั้นองค์กรพยาบาลต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีความเหมาะสม (Poor and Poirier, 2001) เพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว (Marrelli, 2005) นอกจากนี้ การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Payne, Seymour, and Ingleton, 2008) โดยกฎบัตรของสถาบัน Maison Sarrazin ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของประเทศแคนาดาได้ให้รายการความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจ (ชมรมชีวิตรักษ์, 2549) ดังต่อไปนี้

- 1) การให้การบำบัดรักษาด้านจิตวิญญาณ
- 2) การเป็นผู้ร่วมเคียงข้างผู้ป่วยจนสามารถค้นหาความหมายของชีวิตของตนที่เหลืออยู่
- 3) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกในด้านศีลธรรมอย่างดี
- 4) การให้ความเคารพวิถีการดำเนินชีวิต และความเชื่อของผู้ป่วย

สรุป ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นด้านที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เนื่องจากเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่เกิดขึ้น ตลอดจนการให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่วนใหญ่ต้องพึ่งอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตอยู่ในโรงพยาบาล จึงย่อมทำให้เกิดประเด็นทางด้านกฎหมายและจริยธรรมมาเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยโดยตระหนักและคำนึงถึงกฎหมายและจริยธรรมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552) กล่าวว่า การใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตายเริ่มเมื่อ 40 ปีมาแล้วเป็นการแสดงเจตนาเพื่อปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีในการพยุงชีวิตและต่อมาประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่กล่าวว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

ตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” และในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีประเด็นทางกฎหมายมาเกี่ยวข้องอีก ได้แก่ แนวคิดเรื่อง Living will หมายถึง การแสดงความจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษา (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2552) สำหรับจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยควรต้องเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่ การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง การกระทำที่เป็นประโยชน์และหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษต่อผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย (ปกรณ ทองวิไล, 2553) รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ชนิดของการบำบัดรักษา และการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวกับวิธีการรักษาอย่างอิสระ (สถาพร สีสานันทกิจ, 2547) นอกจากนี้ยังพบประเด็นทางด้านจริยธรรมจากการใช้ยามอร์ฟินเพื่อควบคุมความเจ็บปวดด้านร่างกายของผู้ป่วย แต่มีผลกระทบในการรบกวนระบบการหายใจของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่ช้าลงและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตที่เร็วขึ้น (Jeffrey, 2009) บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยคำนึงถึงกฎหมายและจริยธรรมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ตลอดเวลา แม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ได้ แต่ในฐานะของผู้ป่วยแม้จะเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายย่อมต้องได้รับการคุ้มครองทั้งทางกฎหมายและจริยธรรม ในปัจจุบันได้มีการกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เรื่องพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นหากมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยย่อมสามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพราะจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการดำเนินโรคและแผนการรักษาของแพทย์ และเกิดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันกับบุคลากรทางการแพทย์ การสร้างสัมพันธ์ภาพและการพูดคุยสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว ย่อมทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวในแง่มุมต่างๆได้ดีขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพจึงต้องมีการประเมินความสัมพันธ์และบทบาทของบุคคลในครอบครัว มีการเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคเป็นระยะๆ ควรให้แพทย์เป็นผู้คุยเรื่องการรักษากับญาติทุกฝ่าย พยาบาลเป็นผู้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ไม่อยู่ และควรรหาคนหนึ่งที่เป็นตัวแทนเพื่อไว้ติดต่อประสานงานและเป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการรักษา (ชมรมชีวินตารักษ์, 2549) ในทางตรงข้ามหากมีการสื่อสารในเรื่องการดำเนินโรคที่ไร้ประสิทธิภาพ ครอบครัวอาจเกิดความหวังในการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ย่อมต้องดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังอย่างเต็มที่ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงสามารถทำให้งบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นได้

(สถาพร สีสานันทกิจ, 2547) พยาบาลวิชาชีพจึงต้องให้ความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (Foster, 2007) นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก็จำเป็นต้องมีทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยให้เกิดความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากวิชาชีพเดี่ยวย่อมไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม จึงจำเป็นต้องมีการประสานงานภายในทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ปกรณ ทองวิไล, 2553) แต่ปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะเป็นปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (ดุสิต สถาวร, 2552) พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีหน้าที่หลักในการติดต่อพูดคุยและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งคอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ

สรุป ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเป็นสิ่งที่สำคัญในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล หากทีมสหวิชาชีพมีแนวทางการพูดคุยติดต่อสื่อสารที่ดี มีการอธิบายการดำเนินโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความเข้าใจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมเกิดการยอมรับในความเจ็บป่วย เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย มีการติดต่อพูดคุยประสานงาน มีการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ภายในทีมสหวิชาชีพเกิดความไว้วางใจระหว่างกันและช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มความสามารถ ดังนั้นหากมีแนวทางการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่ดี ย่อมสามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวย่อมมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่สามารถรักษาให้หายได้ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ควรมีการดำเนินการตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือการเสียชีวิตเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่อง (ปกรณ ทองวิไล, 2553) การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าและการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางหนึ่ง that ควรมีการดำเนินการทันทีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกิดประสิทธิภาพ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยรายโรค และการวางระบบข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยไปยังจุดบริการต่างๆ การเข้าถึงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและสามารถให้การรักษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ (ดุสิต สถาวร, 2552)

สรุป ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจากสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุมตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต ถือว่าเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเกิดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้บางรายต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากต้องพึ่งเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิต ผลกระทบจึงเกิดต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลจึงยอมเกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยค่าใช้จ่ายในการพยุงชีวิตของคนไม่ก็คนจะมีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนอื่นๆทั่วทั้งประเทศหลายเท่าตัว (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงต้องมีการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันพบว่า นโยบายระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ไม่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากขาดผู้รับผิดชอบหลัก ประกอบกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่คุ้มครองการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย งบประมาณของรัฐที่มีจำกัดไม่ครอบคลุมในเรื่องการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งการขาดงบประมาณสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลแบบประคับประคองไม่พัฒนาเท่าที่ควร(วาสนี วิเศษฤทธิ์ และ จิตศิริ ชันเงิน , 2549) การดูแลแบบประคับประคองจึงควรเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน มีหลักการดูแลผู้ป่วยในการเบิกจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวทางการจัดการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพลดลง (แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน, 2553)

สรุป ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการจัดการค่าใช้จ่ายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากภายในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ จึงส่งผลทำให้เกิดภาระการดูแลเป็นเวลานานและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การที่โรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและไม่มีงบประมาณสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี โรงพยาบาลจึงมีการเบิกค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดจากรัฐบาลตามสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย จึงทำให้ค่าใช้จ่ายที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีแนวทางการจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม บทความวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดดังกล่าวข้างต้น จากตารางที่ 1-5 และบูรณาการมาเป็นแนวคิดเบื้องต้นที่สอดคล้องกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

ระบบบริการพยาบาล แบบประคับประคอง	สถาพร สีถานันทกิจ (2547)	รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2548)	ชมรมชีวินดารักษ์ (2549)	วาสนี วิเศษฤทธิ์ และ จิตสิริ ชื่นเงิน (2549)	อรวรรณ คล้ายพยอม (2549)	เพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2550)	สุรีพร ธนศิลป์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2550)	กนกวรรณ โภคา (2552)
1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	/
2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	/
3. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/
4. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการ ดูแลผู้ป่วย				/			/	
5. ด้านการติดต่อสื่อสารและการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	/	/	/	/	/	/	/	/
6. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่ง ต่อผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	/
7. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย					/			

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

ระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคอง	ดุสิต สถาวร (2552)	เต็มศักดิ์ พิรงศ์มี (2552)	ทัศนีย์ ทองประทีป (2552)	นวิรัตน์ มีถาวร (2552)	สันต์ ทัศนรัตน์ (2552)	แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2552)	ดาริน จตุรภัทรพร (2553)	ปกรณ์ ทองวิไล (2553)	แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน (2553)
1.ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย	/	/	/	/	/				
2.ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วย	/	/	/		/		/	/	
3.ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4.ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการ ดูแลผู้ป่วย		/	/		/	/		/	
5.ด้านการติดต่อสื่อสารและการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	/	/	/	/	/	/	/	/	
6.ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่ง ต่อผู้ป่วย	/	/	/	/				/	/
7. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย				/	/		/		/

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

ระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคอง	สกล สิงหะ (2553)	สุพิตรา ศรีวินิจฉัยการ(2553)	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554)	Kemp (1999)	Addington and Higginson (2001)	Kinghorn and Gamlin(2001)	Poor and Poirier (2001)	Sheehan and Forman (2003)	Marretti (2005)
1.ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย		/	/		/	/	/	/	/
2.ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3.ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4.ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการ ดูแลผู้ป่วย		/	/		/	/			
5.ด้านการติดต่อสื่อสารและการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	/	/	/		/	/			
6.ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่ง ต่อผู้ป่วย		/	/	/				/	/
7. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย		/	/		/	/		/	

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

ระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคอง	Speck (2006)	Emanuel and Librach (2007)	Foster (2007)	Payne, Seymour and Ingleton (2008)	Jeffrey (2009)	National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009)	Matzo and Sherman (2010)
1.ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/
2.ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/
3.ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/
4.ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการ ดูแลผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/
5.ด้านการติดต่อสื่อสารและการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	/	/	/	/	/	/	/
6.ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่ง ต่อผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/
7. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย	/	/	/	/	/	/	/

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง	Ferrell and Coyle (2010)	Guido (2010)	Giovanni (2012)	Giovanni (2012)	World Health Organization (2012)	Worldwide Palliative Care Alliance (2012)
1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/
2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/
3. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	/	/	/	/	/	/
4. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/
5. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	/	/			/	/
6. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย	/	/			/	/
7. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย			/	/	/	/

4. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

ผู้วิจัยได้มีการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

4.1 วิวัฒนาการของเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ศึกษาปัญหาที่เป็นปัญหาร่วมสมัยและปัญหาในอนาคต เน้นความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก และมีวิวัฒนาการมานานกว่า 60 ปี (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ กรรณิการ์ สุขเกษม, 2547) โดยเริ่มจากนักวิชาการของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ได้ทำการวิจัยป้องกันประเทศเพื่อการพยากรณ์ในเชิงเทคโนโลยี ด้วยการแสวงหาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาสงครามข้ามทวีป หลังจากนั้นเทคนิคเดลฟายได้ถูกประยุกต์ใช้ในทุกสาขาวิชา ซึ่งในปัจจุบันเทคนิคเดลฟายได้รับความนิยมมากทั้งทางด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การศึกษาและอื่นๆ (จุมพล ภัทรชีวิน, 2530)

4.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

มีผู้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายไว้ดังนี้

Polit and Hungler (1999) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการเพื่อให้ได้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความละเอียด เนื่องจากเป็นการตอบคำถามของผู้เชี่ยวชาญหลายครั้งจนได้ความคิดเห็นที่สอดคล้อง

Burns and Glove (2001) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นการวัดการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ มีการประเมินลำดับหรือการพยากรณ์และให้ข้อมูลย้อนกลับโดยไม่มีการประชุม ทำให้ความคิดเห็นของบุคคลไม่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่ม

ชนิษฐา วิทยาอนุมาส (2530) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นวิธีการในการรวบรวมคำตอบ หรือความเห็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้องกัน และเน้นการลดผลกระทบทางความคิดระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

สุวลี ทวีบุตร (2540) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นการรวบรวมการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2550) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นเทคนิคการวิจัยที่ศึกษาแนวโน้มของอนาคต โดยการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยไม่เปิดเผยรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆให้ผู้เชี่ยวชาญทราบ และไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญเผชิญหน้ากัน เพื่อให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระและป้องกันการเกิดความครอบงำของความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน

สรุป เทคนิคเดลฟาย หมายถึง วิธีการศึกษาเพื่อให้ได้แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญที่มีความเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยไม่มีการประชุมหรือการเผชิญหน้ากันของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะลดการแทรกแซงทางความคิดของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน

4.3 ส่วนประกอบที่สำคัญของเทคนิคเดลฟาย

4.3.1 ลักษณะของเรื่องที่จะศึกษา

เป็นปัญหาการวิจัยที่คำตอบไม่ชัดเจน ไม่สามารถหาคำตอบได้จากการวิจัยจากเอกสาร เนื่องจากยังไม่มีเอกสารที่ตีพิมพ์หรือตำรา โดยสามารถแสวงหาคำตอบได้จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับปัญหาที่ศึกษาจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต หรืออาจเป็นปัญหาในปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่ต้องใช้ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาในการระดมความคิดเห็นให้ได้แนวทางเหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหาเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจหรือการวางแผนกลยุทธ์ต่างๆที่สอดคล้องกับปัญหา และการป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550)

4.3.2 ผู้เชี่ยวชาญ

การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความตรงและความเที่ยงสูง โดยผู้วิจัยต้องมีเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญตรงกับปัญหาการวิจัย โดยอาจคัดเลือกด้วยวิธีบอกต่อ (snowball technique) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับกรณีที่ประชากรหายากหรือผู้วิจัยไม่ทราบว่าบุคคลใดที่เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญตรงกับปัญหาการวิจัย ผู้วิจัยอาจรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มหนึ่งก่อน จากนั้นพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพิ่มจากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์ หรือขอให้แนะนำผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้ จนได้ผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ต้องการข้อมูลมาศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550)

ในการกำหนดจำนวนของผู้เชี่ยวชาญจะขึ้นกับลักษณะของกลุ่มและประเด็นปัญหาที่ศึกษา ซึ่งหากมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่านขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะลดลงจนอาจคงที่ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การลดลงของความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (People size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (error reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (net change)
1 – 5	1.20 – 0.70	0.50
5 – 9	0.70 – 0.58	0.12
9 – 13	0.58 – 0.54	0.04
13 – 17	0.54 – 0.50	0.04
17 – 21	0.50 – 0.48	0.02
21 – 25	0.48 – 0.46	0.02
25 – 29	0.46 – 0.44	0.02

ที่มา: Macmillan (1971; อ้างถึงใน สุวลี ทวีบุตร, 2540)

4.3.3 แบบสอบถาม

แบบสอบถามมี 2 ชนิด คือ แบบปลายเปิดและแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า และในการตอบแบบสอบถามต้องกระทำ 3 รอบหรือมากกว่า

รอบที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดกรอบของการวิจัยเพื่อให้การวิจัยชัดเจนโดยกรอบของการวิจัยได้จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบแรก ลักษณะคำถามปลายเปิด

รอบที่ 2 แบบสอบถามพัฒนาจากแบบสอบถามรอบแรกโดยเป็นแบบสอบถามที่ได้จากการนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ และสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดประมาณค่า ข้อความในแบบสอบถามต้องชัดเจนและสื่อข้อความให้ผู้เชี่ยวชาญเข้าใจได้ตรงกัน การประมาณค่าของแบบสอบถามเน้นที่การจัดลำดับความสำคัญ

รอบที่ 3 เป็นการนำแบบสอบถามรอบที่ 2 มาหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 3 ใช้คำถามเหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กำหนดค่ามัธยฐานที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.00 (Heiko, 2012) และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามฉบับที่ 3 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ทราบความเหมือนหรือต่างของคำตอบของตนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม รอบนี้ผู้เชี่ยวชาญสามารถเปลี่ยนคำตอบให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มได้ ถ้าความเห็นไม่ตรงกับกลุ่มแต่ยืนยันในความคิดเดิมต้องแสดงเหตุผลประกอบ (ชนิษฐา วิทยานูมาส, 2530) โดยทั่วไปอาจไม่ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 4 เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 จะแตกต่างกันน้อยมาก แต่หากต้องเก็บข้อมูลรอบที่ 4 ผู้วิจัยจะทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบอีกครั้งหากแบบสอบถามรอบถัดไปมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นน้อยกว่าร้อยละ 20 สามารถยุติคำถามรอบถัดไปได้ (Hammous, 1995)

4.3.4 การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลจะเริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 โดยผู้เชี่ยวชาญจะต้องตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบในการวิจัย ในการเก็บข้อมูลแต่ละรอบผู้วิจัยจะต้องให้เวลาแก่ผู้เชี่ยวชาญไม่เร่งรัดและทิ้งเวลาจนนานเกินไป เพราะผู้เชี่ยวชาญอาจลืมนำคำตอบจนเกิดความไม่ต่อเนื่องในการคิด หรือหมดความสนใจในการตอบแบบสอบถาม

4.3.5 สถิติที่ใช้

สถิติที่นำมาใช้ในการพิจารณาคำตอบจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จะใช้สถิติการวัดแนวโน้มสู่ส่วนกลาง (Central tendency) ในการแสดงตำแหน่งของความคิดเห็นด้วยการใช้ค่ามัธยฐาน (ชนิษฐา วิทยานูมาส, 2530) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีการใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในการพิจารณาความคิดเห็น หากข้อความใดมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ตั้งแต่ 1.00 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นสอดคล้องกัน แต่หากมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง หรือมากกว่า 1.00 แสดงว่ามีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน (Heiko, 2012)

4.4 ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคเดลฟาย

ความเที่ยง (Reliable) และความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเทคนิคเดลฟาย แฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีวิจัย โดยความเที่ยงจะอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่ามีความเที่ยงสูง ส่วนความตรงตามเนื้อหาโดยทั่วไปจะใช้วิธีนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้วจึงมีความตรงตามเนื้อหาสูง แต่จะมีปัญหาอยู่เฉพาะเรื่องการใช้ภาษาในแบบสอบถาม เพราะสรุปมาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน สิ่งสำคัญที่สุดคือ การพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด จึงจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือ (จุมพล พูนภัทรชวิน, 2530)

4.5 ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำทางความคิดจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น เป็นการขจัดปัญหาการรวมกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ข้อดีของความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และผลการวิจัยที่ได้เป็นที่ยอมรับของสังคม เนื่องจากเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถที่ตรงกับปัญหาการวิจัย และเป็นบุคคลที่สังคมยอมรับ

4.6 ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย

ลักษณะการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายเป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายรอบ ประกอบกับการกิจที่ต้องรับผิดชอบมากมายของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจเป็นการรบกวนเวลาของท่าน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่ายที่จะแสดงความคิดเห็นได้ และหากผู้เชี่ยวชาญไม่มีเวลาในการให้ความคิดเห็นหรือการตอบแบบสอบถามอาจจะทำให้ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นในการเก็บข้อมูล สำหรับตัวผู้วิจัยมักประสบปัญหาในเรื่องการนัดหมายสัมภาษณ์กับผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยอาจได้รับการแจ้งเปลี่ยนแปลง วัน เวลา นัดหมายจากผู้เชี่ยวชาญได้

4.7 ปัญหาที่พบในการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ผู้วิจัยต้องใช้ความอดทนในการรอคอยหรือการติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะการเก็บข้อมูล สำหรับการเก็บข้อมูลในรอบแรก หากผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จะต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมาก สำหรับการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 หากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านใดท่านหนึ่งไม่ตรงกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และผู้เชี่ยวชาญยังคงยืนยันคำตอบเดิมจะถูกขอให้แสดงเหตุผลประกอบ เงื่อนไขนี้ทำให้ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเปลี่ยนความคิดเห็นของตนให้สอดคล้องตามความคิดเห็นของกลุ่ม ในการวิเคราะห์ข้อมูลหากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกับกลุ่มจะถูกตัดออก ทั้งๆที่บางความคิดเห็นเป็นความคิดเห็นที่ดีและมีประโยชน์ ในบางครั้งหากผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นความสำคัญของงานวิจัยหรือด้วยเหตุผลใดอื่น ผู้เชี่ยวชาญอาจไม่ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเฉพาะการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ซึ่งถ้าผู้วิจัยไม่ทราบจะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับจุดมุ่งหมายของงานวิจัย

การศึกษาวิจัย ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมและไม่มีมาตรฐานเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ตัดสินใจ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีการทบทวนความคิดเห็นของตนก่อนยืนยันความคิดเห็น และยึดฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจึงมีความครอบคลุมและน่าเชื่อถือสูงสำหรับ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นมาตรฐาน และเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองมีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในหลายแง่มุมที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัว แต่ยังไม่พบการศึกษาในบริบทของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

พัชรี เจริญพร (2546) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโดยจัดทำโครงการจัดการอบรมด้วยรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แผนการสอน แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม คู่มือการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแตกต่างกัน โดยหากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ความพึงพอใจของพยาบาลประจำการจะเกิดขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2547) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสานด้วยวิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตาย ผลการวิจัยพบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวทั้งในระยะใกล้ตาย ขณะตาย และหลังจากตายไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เนื่องจากเงื่อนไข ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพใกล้บ้าน แนวทางและมาตรฐานการดูแล คุณภาพการดูแลศักยภาพการจัดการโดยครอบครัวและแนวทางการดูแลของชุมชน ซึ่งผลการศึกษานี้ช่วยให้เข้าใจการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัว โดยการเสริมศักยภาพครอบครัวในการจัดการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี เพื่อเป้าหมายสำคัญคือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเอดส์ระยะใกล้ตายจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

อรรวรรณ คล้ายพยอม (2549) ศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤติโรงพยาบาลศูนย์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤติ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การดูแลแบบองค์รวม 2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง 3. การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4. การจัดการเพื่อการดูแล 5. การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน 6. การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม 7. การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความใกล้เคียงกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง จึงสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นวรรตน์ มีถาวร (2552) ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ โดยผลการศึกษาพบว่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอาใจใส่ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาล และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ละเอียด รัชเลิศวงศ์ (2552) ศึกษากระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนมีองค์ประกอบด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยจะเป็นการบริการช่วยเหลืออาหารต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาต่อหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เจ็บปวดหรือทรมานและได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยพยาบาลชุมชนเน้นให้การช่วยเหลือ การสอนและสาธิตการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจญาติ เพื่อให้ญาติให้การยอมรับผู้ป่วย และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบในระยะเวลาสุดท้าย การสร้างแนวทางสำหรับการบริการพยาบาลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

Bakitas et al.(2010) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย เพราะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การกำหนดแนวทางในการบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

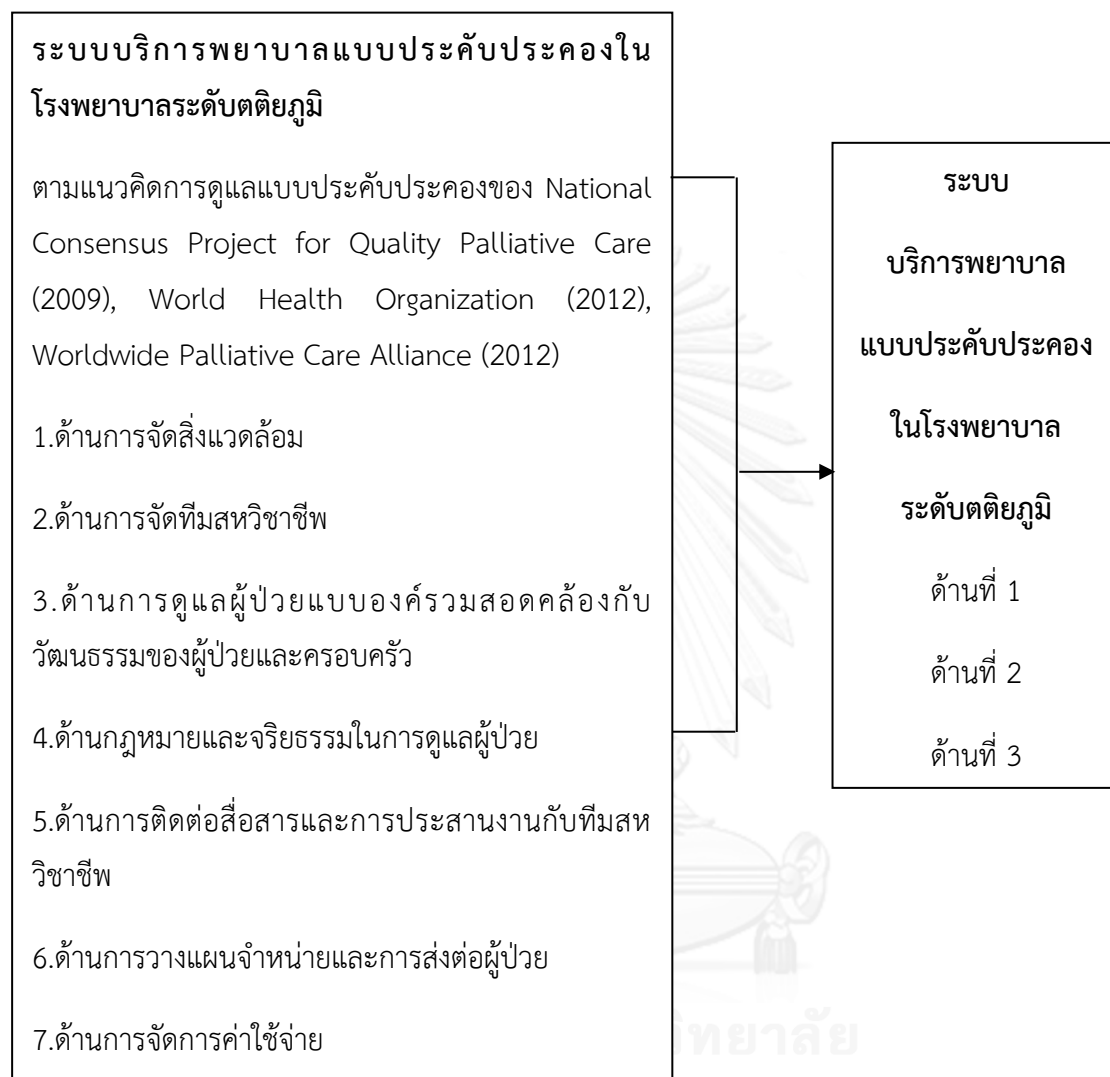
Bookbinder et al. (2011) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจเกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนในการปฏิบัติงาน รัฐบาลควรมีการช่วยเหลือและให้งบประมาณสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น หากมีแนวทางในการจัดการด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่มีมาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Giovanni (2012) ศึกษาเรื่องการสังเคราะห์นโยบายสุขภาพในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการและการประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าในปัจจุบันเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกามีการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีแนวทางการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และในอนาคตจะมีการสร้างแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่สิ่งที่ต้องตระหนักและควรให้ความสำคัญคือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งหากสามารถกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและสามารถจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

จากสาระของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ว่า ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี แต่ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง พบแค่แนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการประยุกต์แนวความคิดการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพในบริบทของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย ดังนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจงและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 คน ได้แก่ 1) แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลหรือสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 4 คน 2) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 8 คน 3) อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 4 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านการกำหนดนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 คน 5) ผู้นำทางศาสนาและกฎหมายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

1. แพทย์/อาจารย์แพทย์ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้
 - 1.1 เป็นแพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
 - 1.2 มีประสบการณ์ในการดูแลหรือสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
2. พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้
 - 2.1 พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาล
 - 2.1.1 มีวุฒิการศึกษาด้านการบริหารการพยาบาลระดับปริญญาโทขึ้นไป
 - 2.1.2 มีประสบการณ์ในการบริหารการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป และอยู่ในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือรองหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
 - 2.2 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง
 - 2.2.1 มีวุฒิการศึกษาด้านการพยาบาลในระดับปริญญาโทขึ้นไปและได้รับวุฒิปริญญาบัตรรับรองผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจากสภาการพยาบาล
 - 2.2.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง

- 2.2.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 2.3 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
- 2.3.1 มีวุฒิการศึกษาด้านการพยาบาลในระดับปริญญาตรีขึ้นไป
- 2.3.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.3.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 3.อาจารย์พยาบาล/นักวิชาการพยาบาล กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้
- 3.1 เป็นอาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 3.2 มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
- 3.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
4. ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้
- 4.1 เป็นผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป
- 4.2 มีประสบการณ์ในการกำหนดนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
- 4.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ผู้นำทางศาสนาและกฎหมาย กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้
- 5.1 ผู้นำทางศาสนา
- 5.1.1 เป็นผู้นำทางศาสนาในแต่ละศาสนา ประกอบด้วย ผู้นำทางศาสนาพุทธ ผู้นำทางศาสนาคริสต์ และผู้นำทางศาสนาอิสลาม
- 5.1.2 มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
- 5.1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 5.2 นักกฎหมาย
- 5.2.1 เป็นนักกฎหมายที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 5.2.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง
- 5.2.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา การตรวจสอบคุณสมบัติจากประวัติ การศึกษาผลงานทางวิชาการที่ปรากฏในหนังสือและงานวิจัย และการคัดเลือกด้วยวิธีบอกต่อ (snowball technique) พร้อมทั้งพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพิ่มจากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์ โดยการขอให้แนะนำผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้ จนได้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิคการวิจัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Macmillan (1971; อ้างถึงใน สุวดี ทวีบุตร, 2540) พบว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป จะมีอัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลลดลงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก จากนั้นนำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และทำการติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

วิธีการดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยมีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำแนวคิดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองทั้งจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ รวมทั้งสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล มาบูรณาการเพื่อกำหนดกรอบในการสร้างคำถาม โดยผู้วิจัยสร้างคำถามปลายเปิด (open ended form) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

2) สร้างแบบสอบถามเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตามแนวคิดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กำหนดเป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ได้แก่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ในการทำงาน วุฒิการศึกษา ผลงานและรางวัลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ให้ผู้เชี่ยวชาญกรอรายละเอียด เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดรายละเอียดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยอิสระโดยข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีระบบที่จำเป็นด้านใดบ้าง และในแต่ละด้านควรประกอบด้วยรายการย่อยอะไรบ้าง จากจำนวน 7 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคองหรือไม่ อย่างไร การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อยู่ใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีมาตรฐานของสถานที่ทั้งด้านกายภาพ แสงสว่าง เสียง สภาพอากาศ การระบายอากาศ ความปลอดภัย อุปกรณ์เครื่องใช้ และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วย กับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงการจัดระเบียบการเยี่ยมที่เอื้อต่อการ ปฏิบัติงานของพยาบาล

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคองหรือไม่ อย่างไร บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้นำศาสนา ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามสาขาวิชาชีพอ่างดีที่สุด และตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองหรือไม่ อย่างไร การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายควรครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ศรัทธา ทางศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

4) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองหรือไม่ อย่างไร การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิต้องไม่ขัดแย้งต่อกฎหมายและจริยธรรม มีการตระหนักและคำนึงถึงข้อกำหนดใน มาตรา 12 เรื่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมของวิชาชีพ และการประยุกต์ใช้ความรู้ทางกฎหมายและจริยธรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญใน ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองหรือไม่ อย่างไร การพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยเรื้อรังระยะ สุดท้ายและครอบครัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีแนวทางในการพูดและอธิบายการดำเนินโรค ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในความเจ็บป่วย และมีการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพโดยการปรึกษาหารือและกำหนดข้อตกลงที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน ให้ ความช่วยเหลือต่อกันภายในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคลากรและสามารถ ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

6) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองหรือไม่ อย่างไร การวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะ สุดท้ายตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเกิดแนวทางในการส่ง ต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7) ด้านการจัดการค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคองหรือไม่ อย่างไร โรงพยาบาลควรมีการควบคุมและจัดการค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลผู้ป่วย เรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการหาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทำการตรวจสอบความ ถูกต้อง ความชัดเจน และครอบคลุมของเนื้อหาเพื่อนำไปเก็บข้อมูลในรอบที่ 1

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์รอบที่ 1

เมื่อกำหนดรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการโดยการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอความ อนุเคราะห์และเรียนเชิญผู้มีรายชื่อในการเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญ หลังจากงานวิจัยได้รับการ พิจารณานุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว นำหนังสือ เชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อที่มี รายละเอียดของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และแบบสอบถามที่เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ เป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบ บริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณา เนื้อหา และข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนัดผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการสัมภาษณ์ในวันและเวลาที่ผู้เชี่ยวชาญ สะดวกอีกครั้ง ขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึกพร้อมด้วย และขออนุญาต ผู้เชี่ยวชาญเพื่อบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ลักษณะการสัมภาษณ์ไม่ใช่คำถามนำ ใช้การสัมภาษณ์แบบ มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive interview) สัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถาม โดย ประเด็นในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) จากประสบการณ์การทำงานของท่าน ท่านคิดว่าระบบ บริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีระบบที่จำเป็นด้านใดบ้าง และ 2) ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละด้านควรจะ ประกอบด้วยรายการย่อยอะไรบ้าง มีการนำสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาล และบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง มาประกอบการซักถาม ใช้เวลาเฉลี่ยท่านละประมาณ 60 – 90 นาที

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 มีผู้เชี่ยวชาญติดภารกิจ จำนวน 1 ท่าน และไม่ สะดวกในการให้สัมภาษณ์ จึงได้แสดงความคิดเห็นพร้อมข้อเสนอแนะแบบเป็นลายลักษณ์อักษรมา กับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดส่งให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาก่อนนัดสัมภาษณ์ โดยการเก็บข้อมูล ในรอบที่ 1 จนครบ 23 ท่าน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 10 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2556 ใช้เวลาทั้งสิ้นจำนวน 81 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ผู้วิจัยทำการถอดเทปภายหลังจากการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดจำนวน 7 ด้าน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างกับกรอบแนวคิดการวิจัยดังตารางที่ 7 โดยได้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองจำนวน 9 ด้าน รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 73 รายการ เพื่อนำไปสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แบ่งเป็น 9 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม
- 2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ
- 3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร
- 4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ด้านการจัดการความปลอดภัยด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา
- 6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
- 7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย
- 8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย
- 9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากกรอบแนวคิดกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่ได้จากการวิจัย

ระบบบริการพยาบาลประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากกรอบแนวคิด	ระบบบริการพยาบาลประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากผลการวิจัย
1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม
2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ	2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ
3. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	3. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร
4. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	4. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
5. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	5. ด้านการจัดการความปลอดภัยด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา
6. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย	6. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
7. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย	7. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย
	8. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย
	9. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 และนำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเนื้อหาและความเหมาะสมอีกครั้ง ได้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิครอบคลุม 9 ด้าน จำนวน 73 รายการ ที่แสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือ ระดับความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญมากที่สุด ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
4	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญมาก ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อความนั้นสำคัญปานกลาง ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญน้อย ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
1	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญน้อยที่สุดในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในรอบที่ 2 ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาในรอบที่ 1 แบ่งเป็น 9 ด้าน และรายการย่อย 73 รายการ นำไปใช้เป็นแบบสอบถามรอบที่ 2

1) ด้านการจัดสิ่งแวดลอม ประกอบด้วย รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อย 8 รายการ ดังนี้ จัดสิ่งแวดลอมที่ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบ จัดคลินิกเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองแบบเบ็ดเสร็จที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัย จัดมุมที่เอื้อให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจากการดูแลผู้ป่วย จัดห้องที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้มาใช้ในห้อง/บริเวณเตียงของผู้ป่วย กำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดสิ่งแวดลอมทาง

กายภาพในหอผู้ป่วย และการประเมินผลลัพธ์ด้านการจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียงผู้ป่วยและการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย รายการระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคองย่อย 9 รายการ ดังนี้ กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับการดูแลแบบ ประคับประคอง กำหนดกรอบของจำนวนบุคลากรภายในทีมสหวิชาชีพ การจัดทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาล วิชาชีพ เกสเซอร์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำศาสนาและอาสาสมัคร จัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่ เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วย เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่น ๆ มีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพโดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วย สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้า เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมให้บุคคลภายนอกที่สนใจเป็นอาสาสมัคร กำหนดตัวชี้วัด ด้านการมอบหมายหน้าที่ให้กับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ บุคลากรในทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล ประกอบด้วย รายการระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองย่อย 8 รายการ ดังนี้ กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้อบรมกับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จัด ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการดูแลแบบประคับประคองปีละ 1 ครั้ง จัดประชุมทาง วิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้พบกับผู้ป่วย ที่เจ็บป่วยจากโรคเดียวกัน สนับสนุนให้มีระบบนิเทศของบุคลากรทางการแพทย์และจิตอาสาอย่าง เป็นระบบ สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดกรอบของผลลัพธ์ด้านการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรและผู้ บริบาล และติดตามประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรและผู้บริบาล

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อย 9 รายการ ดังนี้ กำหนด มาตรฐานการดูแลโดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล สร้างแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลในการ ดูแลด้านร่างกายผู้ป่วย กำหนดเครื่องมือประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตั้งแต่วันแรกที่ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต กำหนดระบบสนับสนุนและ นิเทศกระบวนการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล ส่งเสริมการมีกิจกรรมบำบัดที่ช่วยให้ จิตใจผ่อนคลาย สนับสนุนให้ครอบครัวเผชิญกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ทางพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการพยาบาล และติดตาม ประเมินผลของการดูแลโดยประเมินในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5) ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประกอบด้วยรายการระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองย่อย 7 รายการ ดังนี้ กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับแพทย์ในการ เลือกรักษาและขนาดยาโดยดูจากความรุนแรงของความปวดร่วมกับสภาวะอื่นๆ กำหนดแนวปฏิบัติ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดเพื่อบรรเทา ปวดแก่ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด

สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวดและคู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งขณะและหลังได้รับยาบรรเทาปวด กำหนดตัวชี้วัดด้านความเหมาะสมของการให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย และประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด

6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อย 8 รายการ ดังนี้ กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยให้เป็นกลุ่มที่บอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกัน พัฒนาทักษะการสื่อสารในการเป็นนักฟังที่ดีและการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ สนับสนุนให้เป็นผู้ประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่น ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษา กำหนดตัวชี้วัดด้านการให้คำปรึกษา/คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และด้านการทำงานเป็นทีม และติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลผู้ป่วย

7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อย 8 รายการ ดังนี้ กำหนดนโยบายให้มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่เพื่อรับผิดชอบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เอื้อให้ครอบครัวมารับยาแทนผู้ป่วย สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเตียงสำรอง มีรถรับส่งผู้ป่วย และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เปิดโอกาสให้ครอบครัว / เครือข่ายผู้ดูแล/อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/จิตอาสาขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อมีปัญหาในการดูแล การประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน และการประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อย 8 รายการ ดังนี้ กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติที่จะใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ การตัดสินใจร่วมกันต่อแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต กำหนดแบบฟอร์มสำหรับให้ผู้ป่วยเขียนระบุประสงค์ /ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขชนิดใดบ้างขณะอยู่ในโรงพยาบาล ดำเนินการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับแผนการรักษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับการเสียชีวิตตามความต้องการ การให้ความรู้และทำแผนพับเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ กำหนดกรอบของผลลัพธ์ที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการรักษา

ล่วงหน้าและการรักษาในอนาคต และติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่ายประกอบด้วย รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อย 8 รายการ ดังนี้ กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วย กำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ในการบริหารงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดข้อตกลงร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ให้สรุปการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งขออนุมัติเงินสนับสนุน กำหนดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย สนับสนุนให้มีการขึ้นทะเบียนเลขเวชภัณฑ์ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับจากการบริจาค สนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทันทีเมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน กำหนดกรอบของผลลัพธ์ในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะรักษาในโรงพยาบาล และการประเมินผลของการดำเนินงานในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

นำแบบสอบถามรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบคำถามในแต่ละข้อตามความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้จัดเตรียมซองจดหมาย ผนึกตราไปรษณียากร ระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้วิจัยไปพร้อมกับแบบสอบถามที่ส่งไปให้ เพื่อความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญในการส่งแบบสอบถามกลับ และขออนุญาตทางกรมทางโทรศัพท์ในกรณีเกินเวลาที่นัดไว้ โดยการเก็บข้อมูลในรอบที่ 2 จนครบ 23 ท่าน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 ใช้เวลาทั้งสิ้น 65 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

เมื่อได้รับแบบสอบถามในรอบที่ 2 นำคำตอบมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อ โดยพบว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในรอบที่ 2 สามารถแบ่งได้เป็น 9 ด้าน รายการย่อย 66 รายการ โดยผู้วิจัยพิจารณาข้อที่มีค่ามัธยฐาน (Median) มากกว่า 3.50 ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันว่ามีค่าสำคัญในระดับมากขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile range) ที่มีค่าน้อยกว่า 1.00 ที่แสดงถึงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ และปรับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ชัดเจนขึ้น ดังนี้

1) ด้านการจัดสิ่งแวดลอม มีการตัดรายการออก 3 รายการ เหลือ 5 รายการ โดยรายการที่ตัดออกได้แก่จัดสิ่งแวดลอมที่ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้างบรรยากาศที่มีความสงบ ปลอดภัย จัดคลินิกเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัย และกำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดสิ่งแวดลอมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วย เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เนื่องจาก มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.00 และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมืออาครหนาแน่น มีพื้นที่จำกัด รวมทั้งภายในหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยแออัดทำให้มีอุปสรรคสำหรับการจัดหน่วยการดูแลเฉพาะ ประกอบกับการใช้ตัวชี้วัดอาจเป็นเพียงการบังคับให้ต้องทำ ผู้วิจัยจึงตัดรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองออก

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ มีรายการเท่าเดิม คือ 9 รายการ มีการเปลี่ยนแปลงข้อความภาษาของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองบางรายการ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นๆเข้ามีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ โดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักกฎหมาย นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคคลที่เชี่ยวชาญเรื่องการกลืนอาหาร เป็นต้น โดยปรับข้อความเป็น เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นๆเข้ามีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักกฎหมาย นักจิตวิทยา นักการแพทย์แผนไทย นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักศิลปะบำบัด เป็นต้นเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การเปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นๆเข้ามีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ ควรขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ใช่เฉพาะแค่อาการของผู้ป่วยเท่านั้น

3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล มีการตัดรายการออก 1 รายการ เหลือ 7 รายการ โดยรายการที่ตัดออกได้แก่กำหนดตัวชี้วัดด้านการอบรมบุคลากรและผู้บริบาล เช่น มีการอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรและผู้บริบาล เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจาก มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.00 และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า การกำหนดกรอบของผลลัพธ์ด้านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้บริบาลยังไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่ทราบว่าผลลัพธ์คืออะไร ผู้วิจัยจึงตัดรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองออก

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว มีรายการเท่าเดิม คือ 9 รายการ มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ภาษาของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองบางรายการ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น กำหนดเครื่องมือประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หรือเสียชีวิต โดยปรับข้อความเป็น กำหนดให้มีการใช้เครื่องมือประเมินปัญหา/ความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่จำเป็นตามมาตรฐานการดูแลตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ควรมีการระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

5) ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา มีรายการเท่าเดิม คือ 7 รายการ มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ภาษาของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองบางรายการ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย โดยถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะว่า ควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวดรวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยโดยถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ มีรายการเท่าเดิม คือ 8 รายการ มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ภาษาของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองบางรายการ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดให้ทีมสหวิชาชีพเป็นกลุ่มที่บอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์และช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพกว้างมากควรมีการกำหนดว่าเป็นใคร เช่น การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของแพทย์ต้องมีพยาบาลร่วมทีมด้วย จึงมีการปรับข้อความเป็น กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดให้แพทย์เป็นตัวแทน/หัวหน้าทีม ในการบอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์และช่วงเวลาที่เหมาะสม ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย มีการตัดรายการออก 1 รายการ เหลือ 7 รายการ โดยรายการที่ตัดออกได้แก่กำหนดนโยบายให้มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจาก มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.00 และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทุกระดับของโรงพยาบาล / สถานพยาบาล ควรเป็นเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในการส่งต่อผู้วิจัยจึงตัดรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองออก

8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย มีการตัดรายการออก 1 รายการ เหลือ 7 รายการ โดยรายการที่ตัดออกได้แก่ มีหนังสือ/แบบฟอร์ม สำหรับให้ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือเขียน ระบุ ความประสงค์ /ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขชนิดใดบ้างขณะอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจาก มีค่า พิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.00 และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ควรมีการยึดถือแบบฟอร์มฉบับ สุดท้ายเท่านั้นในการระบุความต้องการของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการฟ้องร้องผู้วิจัยจึงตัดรายการระบบ บริการพยาบาลแบบประทับประคองออก

9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย มีการตัดรายการออก 1 รายการ เหลือ 7 รายการ โดยรายการที่ ตัดออกได้แก่ กำหนดตัวชี้วัดด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะนอนโรงพยาบาลสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำ ผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจาก มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มากกว่า 1.00 และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า การกำหนดตัวชี้วัดด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยการรักษา ในโรงพยาบาล ควรรวมถึงสิทธิประโยชน์จากกองทุนอื่นๆด้วย ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุน ราชการ และควรมีการระบุตัวชี้วัดด้านค่าใช้จ่ายให้ชัดเจนผู้วิจัยจึงตัดรายการระบบบริการพยาบาล แบบประทับประคองออก

จากการนำคำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการคำนวณหาค่ามัธย ฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อ พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ ระบบบริการพยาบาลแบบประทับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 9 ด้าน มี ความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุดตั้งแต่ 4.50 ถึง 4.73 โดยมีความสอดคล้องกันจำนวน 66 ข้อ และยังมีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน โดยพบว่าอยู่ในด้านการจัด สิ่งแวดล้อม ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้าง บรรยากาศที่มีความสงบ ปลอดภัย สัมผัสใกล้ชิดกับธรรมชาติและมีอากาศถ่ายเทสะดวก ซึ่ง ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 8.69 มีความคิดเห็นว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีอาคารหนาแน่น มีพื้นที่จำกัด และภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนของผู้ป่วยแออัดทำให้มีอุปสรรคต่อการจัดสิ่งแวดล้อม จัดคลินิกเฉพาะ การดูแลแบบประทับประคองแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัย ทั้งกรณี que ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาลและกรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อปรับระดับยาหรือควบคุมอาการ ต่างๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 8.69 มีความคิดเห็นว่า อุปสรรคในการจัดคลินิกขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของ ใช้ เนื่องจากแพทย์บางรายไม่มีการส่งผู้ป่วยเข้าปรึกษาในคลินิก และควรมีแนวทางในการตรวจ ติดตามอาการของผู้ป่วยเริ่มจากผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จนถึงผู้ป่วยวาระสุดท้ายทั้งในรพ.และที่บ้าน และ กำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและครอบครัวซึ่งผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 17.39 มีความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดที่ใช้อย่างไม่มีการระบุที่ ชัดเจน และการกำหนดตัวชี้วัดดังกล่าวอาจเป็นเพียงการบังคับให้ต้องทำและกลายเป็นภาระงานที่ เพิ่มขึ้นของพยาบาล โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.00 คิดเป็น 1.12, 1.02 และ 1.74 ตามลำดับ

ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร ได้แก่ กำหนดตัวชี้วัดด้านการอบรม บุคลากรและผู้บริหาร เช่น มีการอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบ

ประคับประคองแก่บุคลากรและผู้บริหารเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 4.34 มีความคิดเห็นว่าเป็นตัวชี้วัดด้านการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่มีภาระที่ชัดเจนซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในการใช้ตัวชี้วัดได้ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.00 คิดเป็น 1.05 ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ กำหนดนโยบายให้มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 8.69 มีความคิดเห็นว่าการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายเป็นสิ่งที่เหมาะสม แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีแนวโน้มจะกลับมารักษาที่โรงพยาบาลเดิมมากกว่าจะไปที่โรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.00 คิดเป็น 1.06 ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ มีหนังสือ/แบบฟอร์ม สำหรับให้ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือเขียน ระบุความประสงค์ /ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขชนิดใดบ้างขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 17.39 มีความคิดเห็นว่าเป็นหนังสือ/แบบฟอร์มไม่สำคัญเท่ากับการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการมีแบบฟอร์มอาจทำให้การพูดคุยให้ข้อมูลลดลง จึงควรจะมีกิจกรรมในการส่งเสริมการพูดคุย (patient family physician meeting) ที่เน้นกระบวนการมากกว่าแบบฟอร์ม โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.00 คิดเป็น 1.64 และด้านการจัดการค่าใช้จ่าย ได้แก่ กำหนดตัวชี้วัดด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะนอนโรงพยาบาล สอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 8.69 มีความคิดเห็นว่าการระบุสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาลที่ชัดเจน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม และ กองทุนข้าราชการ เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.00 คิดเป็น 1.14

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

$$Md = Lo + i \left[\frac{\frac{N}{2} - f1}{f2} \right] \quad (\text{บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550})$$

โดยที่

Md	=	ค่ามัธยฐาน
Lo	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีค่ามัธยฐาน
N	=	จำนวนความถี่ทั้งหมด
i	=	อันตรภาคชั้น
f1	=	ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบนของคะแนนในชั้นก่อนที่จะมีมัธยฐาน
f2	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน (Median) ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.51 - 5.00	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นสำคัญ มากที่สุด ในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3.51 - 4.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นสำคัญ มาก ในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2.51 - 3.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นสำคัญ ปานกลาง ในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
1.51 - 2.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นสำคัญ น้อย ในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
1.00 - 1.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นสำคัญ น้อยที่สุด ในระบบบริการ พยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

IR = Q3 - Q1 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2550) โดยคำนวณหา Q3 และ Q1 จากสูตร

$$Q_1 = L_{Q_1} + \left[\frac{\frac{N}{4} - CF}{f_{Q_1}} \right] (i)$$

Q ₁	=	ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1
L _{Q₁}	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ Q ₁ อยู่
N	=	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	=	ความถี่สะสมของชั้น ก่อนชั้น Q ₁
f _{Q₁}	=	ความถี่ของชั้น Q ₁
i	=	ความกว้างของอินตรภาคชั้นของ Q ₁

$$Q_3 = L_{Q_3} + \left[\frac{\frac{3N}{4} - CF}{f_{Q_3}} \right] (i)$$

Q ₃	=	ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3
L _{Q₃}	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ Q ₃ อยู่
N	=	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	=	ความถี่สะสมของชั้น ก่อนชั้น Q ₃
f _{Q₃}	=	ความถี่ของชั้น Q ₃
i	=	ความกว้างของอินตรภาคชั้นของ Q ₃

การแปลความหมายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (Heiko, 2012)

ไม่เกิน 1.00 หมายถึง ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสอดคล้องกัน

มากกว่า 1.00 หมายถึง ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น ไม่สอดคล้องกัน

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 3

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ปรับแบบสอบถามจากรอบที่ 2 พร้อมแสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบไว้ในรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมนำไปเก็บข้อมูลรอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้เห็นคำตอบของตนเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยครอบคลุมระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งหมด 9 ด้าน รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 66 รายการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 รายการ
- 2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 รายการ
- 3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล จำนวน 7 รายการ
- 4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 9 รายการ
- 5) ด้านการจัดการความปลอดภัยด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา จำนวน 7 รายการ
- 6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 8 รายการ
- 7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 7 รายการ
- 8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 7 รายการ
- 9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย จำนวน 7 รายการ

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ในแบบสอบถามและระบุความหมายระดับคะแนนไว้ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) ใช้สัญลักษณ์ ●

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ [____]

ตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

การแปลความหมายค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละรายการดังนี้

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.51 – 5.00	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญมากที่สุด ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3.51 – 4.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญมาก ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2.51 – 3.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญปานกลาง ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
1.51 – 2.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญน้อย ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ความหมาย
1.00 – 1.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นสำคัญน้อยที่สุดในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ไม่เกิน 1.00	ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความสอดคล้องกัน
มากกว่า 1.00	ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความไม่สอดคล้องกัน

ในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ ถ้าผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเดิมของตน ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.00 ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ > 1.00 จะมีการขอให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นประกอบในข้อนี้ๆ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำตอบของตนเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก่อนยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ หากผู้เชี่ยวชาญมีการยืนยันคำตอบเดิมที่มีค่าอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จะมีการให้เหตุผลประกอบของผู้เชี่ยวชาญสำหรับการใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในรอบที่ 3 นี้ ผู้วิจัยได้รับการตอบกลับแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญครบทั้ง 23 ท่าน โดยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ตั้งแต่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึง 14 มกราคม พ.ศ. 2557 ใช้เวลาทั้งสิ้น 67 วัน

สรุประยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ใช้เวลาทั้งสิ้น จำนวน 213 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

เมื่อได้แบบสอบถามรอบที่ 3 กลับครบทั้ง 23 ชุด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 ครอบคลุมระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้งหมด 9 ด้าน รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 61 รายการ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์จึงอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะดำเนินการโดย

1. ในแบบสอบถามมีการชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร บอกรัฐประสงค์และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างจะต้องสมัครใจเข้าร่วมวิจัย
2. เมื่อได้แบบสอบถามคืนมา ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับและทำลายหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น
3. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อ พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความสำคัญอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ตั้งแต่ 4.30 ถึง 4.86 และมีความสอดคล้องกันทั้งหมด โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองได้ทั้งหมด 9 ด้าน รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 61รายการ และผู้วิจัยพบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงร้อยละ 16.23 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 มาสรุปเป็นผลการวิจัย โดยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงลำดับความสำคัญของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองแต่ละด้าน และข้อความรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปน้อย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรายด้าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 9 ด้าน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำแนกรายด้าน เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ระบบบริการพยาบาล แบบประคับประคอง	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	4.68	0.32	มากที่สุด	4.65	0.42	มากที่สุด
2.ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา	4.68	0.32	มากที่สุด	4.65	0.47	มากที่สุด
3.ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร	4.67	0.33	มากที่สุด	4.64	0.52	มากที่สุด
4.ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย	4.67	0.33	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
5.ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	4.67	0.32	มากที่สุด	4.61	0.61	มากที่สุด
6.ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	4.66	0.33	มากที่สุด	4.60	0.63	มากที่สุด
7.ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ	4.63	0.66	มากที่สุด	4.56	0.74	มากที่สุด
8.ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	4.64	0.62	มากที่สุด	4.55	0.83	มากที่สุด
9.ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย	4.58	0.83	มากที่สุด	4.51	0.79	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 พบว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกด้าน โดยมีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 9 ด้าน (Md = 4.51- 4.65, IR = 0.42 – 0.83)

ตอนที่ 2 ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรายด้าน จำแนกรายข้อ

1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับความสำคัญ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในห้อง / บริเวณเตียงของผู้ป่วย และมีอิสระในการจัดสภาพแวดล้อมโดยไม่ขัดต่อการดูแลรักษา	4.69	0.30	มากที่สุด	4.64	0.50	มากที่สุด
2. ปรับปรุงการจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียง และการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เหมาะต่อการจัดบริการ	4.69	0.30	มากที่สุด	4.64	0.57	มากที่สุด
3. จัดมุมหรือห้องพักให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจากการดูแลผู้ป่วย และจัดระเบียบการเยี่ยมโดยให้ครอบครัวและญาติอยู่กับผู้ป่วยช่วงวาระสุดท้าย	4.68	0.32	มากที่สุด	4.64	0.53	มากที่สุด
4. จัดห้องแยกหรือสถานที่เป็นสัดส่วนและสงบ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาต่อกัน (มีบุคคล/เสียงเครื่องมือทางการแพทย์/แสงไฟ รบกวนน้อยที่สุด)	4.68	0.16	มากที่สุด	4.61	0.68	มากที่สุด
5. จัดบริเวณห้อง/ เตียง ของผู้ป่วยที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา ตลอดจนการอนุญาตให้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล และจัดหาหนังสือและสื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ	4.61	0.75	มากที่สุด	4.55	0.81	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 พบว่า ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคอง 5 รายการ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ใน บริเวณเตียงของผู้ป่วย และมีอิสระในการจัดสภาพแวดล้อม
2. ปรับปรุงการจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียง และสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว
3. จัดมุมหรือห้องพักให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจากการดูแลผู้ป่วย และจัดระเบียบ การเยี่ยมโดยสามารถอยู่กับผู้ป่วยช่วงวาระสุดท้ายได้
4. จัดห้องแยกหรือสถานที่เป็นสัดส่วนและสงบ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาต่อกัน
5. จัดบริเวณเตียงของผู้ป่วยที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา ตลอดจนอนุญาตให้ ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ ค่ามัธยฐานสูงสุด

ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพ สำหรับพัฒนาการดูแลแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาล เพื่อให้ เกิดการดูแลที่มีมาตรฐาน	4.69	0.30	มากที่สุด	4.66	0.38	มากที่สุด
2. จัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่เป็น ผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะ/ประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วยในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.68	0.32	มากที่สุด	4.64	0.50	มากที่สุด
3. เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมใน ทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นัก โภชนาการบำบัด นักกฎหมาย นักจิตวิทยา นักการแพทย์แผนไทย นัก อาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ นักศิลปะบำบัด เป็นต้น	4.66	0.38	มากที่สุด	4.61	0.59	มากที่สุด

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
4. สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตระหนักในการเป็นสมาชิกของทีมผู้ดูแล	4.68	0.32	มากที่สุด	4.61	0.63	มากที่สุด
5. ประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ประเมินปัญหา/อุปสรรค /โอกาสพัฒนาในการปฏิบัติงาน และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลแบบประคับประคอง	4.64	0.74	มากที่สุด	4.58	0.66	มากที่สุด
6. ส่งเสริมให้บุคคลภายนอกที่สนใจเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้ารับการอบรมเพื่อเป็นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ	4.61	0.68	มากที่สุด	4.52	0.22	มากที่สุด

จากตารางที่ 10 พบว่า ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 6 รายการ ได้แก่

1. กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง
2. จัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะ/ประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองเป็นพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพโดยขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักกฎหมาย นักจิตวิทยา นักการแพทย์แผนไทย นักอาชีพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักศิลปะบำบัด เป็นต้น
4. สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตระหนักในการเป็นสมาชิกของทีมผู้ดูแล
5. ประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหา /อุปสรรค / โอกาสพัฒนา และความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลแบบประคับประคอง
6. ส่งเสริมให้บุคคลภายนอกที่สนใจเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้ารับการอบรมเพื่อเป็นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ

3. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร

ตารางที่ 11 คำนวณมาตรฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่คำนวณมาตรฐานสูงสุด

ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากร และผู้บริหาร	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. จัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย	4.69	0.30	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
2. กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้าอบรมกับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	4.69	0.30	มากที่สุด	4.68	0.32	มากที่สุด
3. จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4.69	0.30	มากที่สุด	4.68	0.32	มากที่สุด
4. ติดตามประเมินความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของบุคลากรและผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง	4.69	0.30	มากที่สุด	4.66	0.37	มากที่สุด
5. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตลอดจนส่งเสริมให้นำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล	4.68	0.32	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากร และผู้บริหาร	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
6. สนับสนุนให้มีระบบนิเทศของบุคลากร ทางการแพทย์และจิตอาสาในทีมสห วิชาชีพอย่างเป็นระบบ ตลอดจน สนับสนุนให้ส่งบุคลากรทางการแพทย์ไป ศึกษาเพิ่มเติมนอกหน่วยงานในเรื่องการ ดูแลแบบประคับประคอง	4.66	0.38	มากที่สุด	4.61	0.59	มากที่สุด
7. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และ ญาติ ได้พบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรค เดียวกันหรือโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความ เข้าใจและความรู้สึกต่อกัน และจัดทำ คู่มือสำหรับครอบครัวและญาติเพื่อใช้ ประกอบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	4.60	0.93	มากที่สุด	4.52	0.84	มากที่สุด

จากตารางที่ 11 พบว่า ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร มีรายการระบบ
บริการพยาบาลแบบประคับประคอง 7 รายการ ได้แก่

1. จัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
2. กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้าอบรมกับ
บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3. จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง อย่าง
น้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ติดตามประเมินความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ของบุคลากรและผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
5. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
ตลอดจนส่งเสริมให้นำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล
6. สนับสนุนให้มีระบบนิเทศของบุคลากรทางการแพทย์และจิตอาสา ตลอดจน สนับสนุนให้ส่ง
บุคลากรทางการแพทย์ไปศึกษาเพิ่มเติมนอกหน่วยงานเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
7. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้พบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคเดียวกันหรือโรคที่มี
ลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจต่อกัน และจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัว
และญาติเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. กำหนดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวินิจฉัย การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และมีการปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.66	0.38	มากที่สุด
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการ สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต และการประกอบพิธีกรรมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต	4.71	0.29	มากที่สุด	4.66	0.38	มากที่สุด
3. จัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย โดยการประยุกต์ศิลปะ ดนตรี ธรรมะ สัตว์เลี้ยง และการพาผู้ป่วยไปสัมผัสกับบริบทของสิ่งแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยที่เป็นธรรมชาติ เช่น สวนหย่อม เป็นต้น	4.69	0.30	มากที่สุด	4.64	0.52	มากที่สุด

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
4. กำหนดมาตรฐานและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต	4.64	0.53	มากที่สุด	4.61	0.63	มากที่สุด
5. ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต	4.67	0.32	มากที่สุด	4.58	0.57	มากที่สุด
6. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการพยาบาล และประเมินการรับรู้ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย	4.66	0.42	มากที่สุด	4.58	0.57	มากที่สุด
7. กำหนดระบบสนับสนุนและนิเทศกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลทุกระดับ และมีการจัดทำคู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง	4.64	0.53	มากที่สุด	4.55	0.70	มากที่สุด
8. กำหนดให้ใช้เครื่องมือประเมินปัญหา/ความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต	4.61	0.63	มากที่สุด	4.55	0.70	มากที่สุด
9. กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การสังเกตอาการ การควบคุมความเจ็บปวด การบรรเทาปวดทั้งวิธีการที่ไม่ใช้ยาและการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ และการส่งเสริมการพักผ่อน	4.61	0.68	มากที่สุด	4.55	0.70	มากที่สุด

จากตารางที่ 12 พบว่า ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัว มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 9 รายการ ได้แก่

1. กำหนดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการ สนับสนุนให้ครอบครัวเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต และการประกอบพิธีกรรมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

3. จัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย โดยการประยุกต์ศิลปะ ดนตรี ธรรมะ สัตว์เลี้ยง และการพาผู้ป่วยไปสัมผัสกับบริบทของสิ่งแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วย

4. กำหนดมาตรฐานและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม

5. ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต

6. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการพยาบาล และการรับรู้ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

7. กำหนดระบบสนับสนุนและนิเทศกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลทุกระดับ และจัดทำคู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง

8. กำหนดให้ใช้เครื่องมือประเมินปัญหา/ความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต

9. กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

5. ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา

ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับความสำคัญ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การกดจุด ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด เป็นต้น	4.69	0.30	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
2. กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการจัดเตรียมยาบรรเทาปวดไว้ในหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ยามอร์ฟินชนิดรับประทาน และยาเพนทานิลชนิดแปะ เป็นต้น	4.71	0.29	มากที่สุด	4.68	0.32	มากที่สุด
3. ประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด รวมไปถึงการติดตาม/ควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด	4.69	0.30	มากที่สุด	4.66	0.38	มากที่สุด
4. กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับแพทย์ในการเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้น โดยดูจากความรุนแรงของความปวดเป็นหลักร่วมกับสภาวะอื่นๆของผู้ป่วย	4.68	0.32	มากที่สุด	4.64	0.52	มากที่สุด
5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการบันทึกการให้ยาในแบบบันทึกทุกครั้ง	4.68	0.33	มากที่สุด	4.64	0.52	มากที่สุด

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา และไม่ใช้ยา	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
6. กำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดการความปวด เพื่อสามารถจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ	4.66	0.40	มากที่สุด	4.61	0.63	มากที่สุด
7. จัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด คู่มือ การประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัว ของผู้ป่วยทั้งขณะ และหลังได้รับยาบรรเทา ปวด	4.66	0.40	มากที่สุด	4.58	0.75	มากที่สุด

จากตารางที่ 13 พบว่า ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา มีรายการระบบ
บริการพยาบาลแบบประคับประคอง 7 รายการ ได้แก่

1. กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาอาการ
รบกวนต่างๆ โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา

2. กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพใน
ชุมชน ตลอดจนการจัดเตรียมยาบรรเทาปวดไว้ในหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

3. ประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด
รวมถึงการติดตาม/ควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด

4. กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับแพทย์ในการเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้น โดยดูจากความ
รุนแรงของความปวดเป็นหลัก

5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการ
บันทึกการให้ยาในแบบบันทึกทุกครั้ง

6. กำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดการความปวด เพื่อสามารถจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ

7. จัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด คู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้ง
ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด

6. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 14 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุดตามองค์ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่น ให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา	4.72	0.28	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
2. ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย	4.69	0.30	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
3. พัฒนาทักษะการสื่อสารในการเป็นนักฟังที่ดี การรับฟังความคิดเห็น และการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ รวมไปถึงการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการใช้คำปรึกษาและการมีส่วนร่วมกับแพทย์ในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.68	0.32	มากที่สุด
4. จัดระบบการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต และการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.69	0.30	มากที่สุด	4.66	0.37	มากที่สุด
5. ติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลผู้ป่วย	4.67	0.32	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
6. กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ และมีการประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	4.66	0.38	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด
7. กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดให้แพทย์เป็นตัวแทน/หัวหน้าทีม ในการบอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	4.66	0.40	มากที่สุด	4.61	0.59	มากที่สุด
8. กำหนดตัวชี้วัดด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และดำเนินการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.63	0.69	มากที่สุด	4.52	0.78	มากที่สุด

จากตารางที่ 14 พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 8 รายการ ได้แก่

1. กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่น เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา
2. ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์
3. พัฒนาทักษะการสื่อสารในการเป็นนักฟังที่ดี การรับฟังความคิดเห็น และการให้ข้อมูล รวมถึงไปถึงการจัดทำคู่มือเรื่องการให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมกับการแพทย์ในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ
4. จัดระบบการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต และการประสานส่งต่อผู้ป่วย
5. ติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลผู้ป่วย
6. กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ และประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
7. กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้แพทย์เป็นตัวแทน/หัวหน้าทีม ในการบอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
8. กำหนดตัวชี้วัดด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 15 คำนวณมาตรฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่คำนวณมาตรฐานสูงสุด

ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับความสำคัญ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. ประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน/กลับไปพักที่บ้าน และประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลที่บ้าน	4.73	0.26	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
2. จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัว / เครือข่ายผู้ดูแล/อาสาสมัครสาธารณสุข/ ผู้นำชุมชน/จิตอาสา สามารถขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่บ้าน	4.72	0.28	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
3. กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เอื้อให้ครอบครัวสามารถรับยาแทนผู้ป่วย เมื่อครบกำหนดที่ต้องตรวจติดตามอาการ และรับยาที่โรงพยาบาล	4.69	0.30	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด
4. ติดตามประเมินอาการ ปัญหา/ความต้องการ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้านความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน	4.66	0.40	มากที่สุด	4.61	0.59	มากที่สุด

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
5. สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเตียงสำรอง มีรถรับส่งผู้ป่วยและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล เตียง ปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.64	0.74	มากที่สุด	4.55	0.70	มากที่สุด
6. สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน โดยทีมหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัคร เป็นอย่างน้อย	4.61	0.87	มากที่สุด	4.55	0.81	มากที่สุด
7. กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นบุคคลที่รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	4.61	0.87	มากที่สุด	4.52	0.78	มากที่สุด

จากตารางที่ 15 พบว่า ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย มีรายการระบบบริการโรงพยาบาลแบบประคับประคอง 7 รายการ ได้แก่

1. ประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน/พักที่บ้าน และความพร้อมของญาติในการดูแลที่บ้าน
2. จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ครอบครัว / ผู้ดูแล ขอคำปรึกษา
3. กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ให้ครอบครัวรับยาแทนผู้ป่วย
4. ติดตามประเมินอาการ ปัญหา ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้านความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน
5. สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเตียงสำรอง มีรถรับส่งผู้ป่วยและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น
6. สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน โดยทีมหน่วยเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัคร เป็นอย่างน้อย
7. กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่เพื่อรับผิดชอบติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

8. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 16 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับความสำคัญ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. ติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ให้เป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ป่วย	4.72	0.28	มากที่สุด	4.86	0.30	มากที่สุด
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับการเสียชีวิตตามความต้องการและสิทธิของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของตน	4.72	0.28	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
3. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับแผนการรักษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่รู้สึกตัว	4.71	0.29	มากที่สุด	4.69	0.30	มากที่สุด
4. ส่งเสริมให้ครอบครัวนำหลักฐานการแสดงความต้องการสุดท้าย หรือหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยมา ยื่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีการเขียนหรือบอกกล่าวไว้	4.69	0.30	มากที่สุด	4.66	0.38	มากที่สุด

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
5. กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ในการตัดสินใจที่จะใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และการตัดสินใจร่วมกันต่อการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต	4.66	0.38	มากที่สุด	4.61	0.59	มากที่สุด
6. สนับสนุนการให้ความรู้และจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่สนใจได้ปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ	4.64	0.57	มากที่สุด	4.55	0.99	มากที่สุด

จากตารางที่ 16 พบว่า ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 6 รายการ ได้แก่

1. ติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับการเสียชีวิตตามความต้องการและสิทธิของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของตน
3. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับแผนการรักษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่รู้สึกตัว
4. ส่งเสริมให้ครอบครัวนำหลักฐานการแสดงความต้องการสุดท้ายมายื่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีการเขียนหรือบอกกล่าวไว้
5. กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติต่อการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของ
6. สนับสนุนการให้ความรู้และจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์

9. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 17 คำนวณฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกรายข้อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยเรียงลำดับข้อความที่คำนวณฐานสูงสุด

ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับความสำคัญ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. กำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนกองทุนสวัสดิการอื่นๆ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ เป็นต้น เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	4.61	0.68	มากที่สุด	4.58	0.65	มากที่สุด
2. กำหนดข้อตกลงร่วมกับร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.61	0.63	มากที่สุด	4.55	0.70	มากที่สุด
3. สนับสนุนให้มีระบบการหมุนเวียนเครื่องมือทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับการบริจาคเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน และสนับสนุนให้จัดตั้งกองทุน/มูลนิธิเพื่อระดมเงินสำหรับช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ตลอดจนเวชภัณฑ์และยาอื่นๆที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย	4.61	0.75	มากที่สุด	4.52	0.74	มากที่สุด
4. ประเมินผลของการดำเนินงานในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.58	0.76	มากที่สุด	4.52	0.78	มากที่สุด

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามกำลังทรัพย์และความเหมาะสม	4.57	0.78	มากที่สุด	4.52	0.74	มากที่สุด
6. สนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย	4.50	0.94	มาก	4.30	0.81	มาก

จากตารางที่ 17 พบว่า ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคอง 6 รายการ ได้แก่

1. กำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารงบประมาณของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ เป็นต้น เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

2. กำหนดข้อตกลงร่วมกับร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. สนับสนุนให้มีระบบการหมุนเวียนเครื่องมือทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับการบริจาค และสนับสนุนให้จัดตั้งกองทุน/มูลนิธิ เพื่อระดมเงินช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

4. ประเมินผลของการดำเนินงานในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามกำลังทรัพย์และความเหมาะสม

6. สนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองทั้งหมด 9 ด้าน 61 รายการ และสามารถสรุปได้ว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุด 9 ด้าน และรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดจำนวน 60 รายการ และมีระดับความสำคัญมาก 1 รายการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นข้อมูลจากเอกสารเชิงวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองมาบูรณาการเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ โดยรอบที่ 1 เป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์ โดยมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน สะดวกที่จะแสดงความคิดเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรในรอบที่ 2 และ 3 เป็นการตอบแบบสอบถาม

ผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 23 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 5 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลหรือสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการ จำนวน 8 คน อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 4 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 3 คน และผู้นำทางศาสนาและกฎหมายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ชุดที่ 3 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และแสดงตำแหน่งคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ทราบคำตอบของตนเปรียบเทียบกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก่อนการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ รวมทั้งสิ้น 213 วัน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 ตั้งแต่ 10 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2556 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 ตั้งแต่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ตั้งแต่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึง 14 มกราคม พ.ศ. 2557

สรุปผลการวิจัย ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเรียงลำดับรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย โดยรายการที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.51- 4.50 แสดงถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ารายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีความสำคัญในระดับมาก และรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.51-5.00 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีความสำคัญในระดับมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่องระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 9 ด้าน รายการระบบบริการพยาบาล รายการ 61 รายการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 5 รายการ ได้แก่ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในห้อง / บริเวณเตียงของผู้ป่วย และมีอิสระในการจัดสภาพแวดล้อมโดยไม่ขัดต่อการดูแลรักษา 2) นำการประเมินผลลัพธ์ด้านการจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียง และการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมาปรับให้เหมาะต่อการจัดบริการ เช่น การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น 3) จัดมุมหรือห้องพักให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจากการดูแลผู้ป่วย และจัดระเบียบการเยี่ยมโดยให้ครอบครัวและญาติอยู่กับผู้ป่วยช่วงวาระสุดท้าย 4) จัดห้องแยกหรือสถานที่เป็นสัดส่วนและสงบ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาต่อกัน (มีบุคคล/เสียงเครื่องมือทางการแพทย์/แสงไฟ รบกวนน้อยที่สุด) 5) จัดบริเวณห้อง/เตียง ของผู้ป่วยที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา ตลอดจนการอนุญาตให้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล และจัดหาหนังสือและสื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ จำนวน 6 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 6 รายการ ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีมาตรฐาน 2) จัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะ/ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักกฎหมาย นักจิตวิทยา นักการแพทย์แผนไทย นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักศิลปะบำบัด เป็นต้น 4) สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตระหนักในการเป็นสมาชิกของทีมผู้ดูแล 5) ประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ประเมินปัญหา/อุปสรรค /โอกาสพัฒนาในการปฏิบัติงาน และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลแบบประคับประคอง 6) ส่งเสริมให้บุคคลภายนอกที่สนใจเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เข้ารับการอบรมเพื่อเป็นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ

3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร จำนวน 7 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 7 รายการ ได้แก่ 1) จัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 2) กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้าอบรมกับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3) จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในเรื่อง

การดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 4) ติดตามประเมินความรู้ความสามารถ ประสพการณ์ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของบุคลากรและผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง 5) สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตลอดจน ส่งเสริมให้นำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล 6) สนับสนุนให้มีระบบนิเทศของบุคลากรทาง การแพทย์และจิตอาสาในทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ตลอดจนสนับสนุนให้ส่งบุคลากรทางการ แพทย์ไปศึกษาเพิ่มเติมนอกหน่วยงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง 7) จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้พบกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคเดียวกันหรือโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกต่อกัน และจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัว และญาติเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 9 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 9 รายการ ได้แก่ 1) กำหนดให้ใช้การ ดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการ ประเมินผลการพยาบาล และมีการปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการ สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต และการประกอบพิธีกรรมในกรณีผู้ป่วย เสียชีวิต 3) จัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย โดยการประยุกต์ศิลปะ ดนตรี ธรรมะ สัตว์เลี้ยง และการพาผู้ป่วยไปสัมผัสกับบริบทของสิ่งแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยที่เป็นธรรมชาติ เช่น สวนหย่อม เป็นต้น 4) กำหนดมาตรฐานและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิง ประจักษ์ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมศักยภาพการดูแล ตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต 5) ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย โดยการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต 6) ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการพยาบาล และประเมินการรับรู้ ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย 7) กำหนดระบบสนับสนุนและ นิเทศกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลทุกระดับ และมีการจัดทำคู่มือการพยาบาลแบบ ประคับประคอง 8) กำหนดให้ใช้เครื่องมือประเมินปัญหา/ความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต 9) กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐาน/ แนวปฏิบัติในการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การสังเกตอาการ การควบคุม ความเจ็บปวด การบรรเทาปวดทั้งวิธีการที่ไม่ใช้ยาและการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ และการส่งเสริม การพักผ่อน

5) ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา จำนวน 7 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 7 รายการ ได้แก่ 1) กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การกดจุด ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด เป็นต้น 2) กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการจัดเตรียมยาบรรเทาปวดไว้ในหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ยามอร์ฟินชนิดรับประทาน และยาเพนทานิลชนิดแปะ เป็นต้น 3) ประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด รวมไปถึงการติดตาม/ควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด 4) กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับแพทย์ในการเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้น โดยดูจากความรุนแรงของความปวดเป็นหลักร่วมกับสถานะอื่นๆของผู้ป่วย 5) สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการบันทึกการใช้ยาในแบบบันทึกทุกครั้ง 6) กำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดการความปวด เช่น การบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยภายใน 24 ชม. โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา การใช้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสมและตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อสามารถจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ 7) จัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด คู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด

6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 8 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 8 รายการ ได้แก่ 1) กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่น ให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา 2) ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย 3) พัฒนาศักยภาพการสื่อสารในการเป็นนักฟังที่ดี การรับฟังความคิดเห็น และการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ รวมไปถึงการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการให้คำปรึกษาและการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ 4) จัดระบบการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต และการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) ติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลผู้ป่วย 6) กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ และมีการประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 7) กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดให้แพทย์เป็นตัวแทน/หัวหน้าทีม ในการบอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 8) กำหนดตัวชี้วัดด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและการรักษาตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย และด้านการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เช่น การประสานงานและวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 7 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 7 รายการ ได้แก่ 1) ประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน และประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2) จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัว / เครือข่ายผู้ดูแล/อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/จิตอาสา สามารถขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่บ้าน 3) กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เอื้อให้ครอบครัวสามารถรับยาแทนผู้ป่วย เมื่อครอบครัวกำหนดที่ต้องตรวจติดตามอาการและรับยาที่โรงพยาบาล 4) ติดตามประเมินอาการ ปัญหา/ความต้องการ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน 5) สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเตียงสำรองไว้รองรับผู้ป่วยและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน โดยทีมหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัคร เป็นอย่างน้อย 7) กำหนด ข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นบุคคลที่รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 6 รายการ ได้แก่ 1) ติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพให้เป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ป่วย 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับการเสียชีวิตตามความต้องการและสิทธิของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของตน 3) ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับแผนการรักษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่รู้สีกตัว 4) ส่งเสริมให้ครอบครัวนำหลักฐานการแสดงความต้องการสุดท้าย หรือหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยมายื่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีการเขียนหรือบอกกล่าวไว้ 5) กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจที่จะใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และการตัดสินใจร่วมกันต่อการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต 6) สนับสนุนการให้ความรู้และจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่สนใจได้ปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา

9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย จำนวน 6 รายการ มีรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 5 รายการ และระดับความสำคัญมาก 1 รายการ ได้แก่ 1) กำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนกองทุนสวัสดิการอื่นๆ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ เป็นต้น เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล 2) กำหนดข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) สนับสนุนให้มีระบบการหมุนเวียนเครื่องมือทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับการบริจาคเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน และสนับสนุนให้จัดตั้งกองทุน/มูลนิธิเพื่อระดมเงินสำหรับช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ตลอดจนเวชภัณฑ์ และยาอื่นที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย 4) ประเมินผลของการดำเนินงานในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) สนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามกำลังทรัพย์และความเหมาะสม

รายการที่มีระดับความสำคัญมาก 1 รายการ ได้แก่ 1) สนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นดังต่อไปนี้

1. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดเปรียบเทียบกับ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ได้จากการวิจัย

2. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม
3. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ
4. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร
5. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
6. ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา
7. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
8. ด้านการวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วย
9. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย
10. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

1. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดเปรียบเทียบกับ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิด พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นจากกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้บูรณาการมาจากแนวคิดของ สันต์ หัตถ์รัตน์ (2552), แสง บุญเฉลิมวิภาส (2552), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554), ปกรณ์ ทองวิไล (2010), สุพัตรา ศรีวิชิชากร (2010), Foster (2007), Jeffrey (2009), National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), Matzo and Sherman (2010), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) ได้แก่ ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล และด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันว่า ควรให้ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาลเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองหลัก โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ปัจจุบันจำนวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มอย่างต่อเนื่อง การเสริมสมรรถนะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และญาติ ถือว่ามีความสำคัญยิ่ง บุคลากรและผู้บริบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันว่าควรมีการเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายทั้งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมไปถึงครอบครัวและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ที่ควรประกอบด้วย การจัดประชุมทางวิชาการและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้พบกับผู้ป่วยรายอื่นเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ต่อกัน การสนับสนุนให้มีระบบนิเทศของบุคลากรทางการแพทย์และจิตอาสาในทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนให้ส่งบุคลากรทางการแพทย์ไปศึกษาเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจนส่งเสริมให้นำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล ตลอดจนการติดตามประเมินความรู้ความสามารถ ประสิทธิภาพ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของบุคลากรและผู้บริบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสามารถสร้างแนวทางที่มีมาตรฐานในการเพิ่มคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกฝ่ายย่อมเป็นผลดีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นสอดคล้องกันว่า ควรให้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านหลักในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา อภิปรายผลการศึกษาได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสังคม การดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อช่วยลดอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งควรครอบคลุมตั้งแต่ การประเมินความปวด หาสาเหตุของการปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยาบรรเทาปวดที่มีจำนวนและปริมาณของยาบรรเทาปวดที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย และควรมีกระบวนการ แนวทาง วิธีที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยแต่ละรายที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับวิธีการอื่นๆ โดยการใช้ เทคนิค วิธีต่างๆ เพื่อจัดการความเจ็บปวด เช่น ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ทุเลา โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ควรต้องมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยา การกำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการสุขภาพในชุมชน และจัดเตรียมยาบรรเทาปวดไว้ในหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ยา มอร์ฟีนชนิดรับประทาน และยาเฟนทานิลชนิดแปะ เป็นต้น การประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด การติดตาม/ควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด การจัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด คู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด ตลอดจนการกำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดการความปวด เช่น การบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยภายใน 24 ชม. โดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยา เพื่อสามารถจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นสอดคล้องกันว่าควรให้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านหลักในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. ด้านการจัดสิ่งแวดลอม

จากผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เห็นสอดคล้องกันว่า ด้านการจัดสิ่งแวดลอม เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้ นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด พบว่า ด้านการจัดสิ่งแวดลอม เป็นรายการที่สอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 5 รายการ (Md = 4.55-4.64, IR = 0.50-0.81) อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะนอนรอระยะเวลาก่อนเสียชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากต้องมีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิต ดังนั้นภายในโรงพยาบาลควรมีสถานที่เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเป็นส่วนตัว อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความเหมาะสมแก่สภาพร่างกายและจิตใจที่ต้องการความสงบเงียบ และเหมาะสมทางด้านกายภาพ ได้แก่ มีความสะอาด ปลอดภัย เพื่อลดความเครียด และผ่อนคลายความวิตกกังวลของ

ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ดียิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) สอดคล้องกับ ทักษิณี ทองประทีป (2552) ที่กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคองควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับ สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) ที่กล่าวถึง บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด สอดคล้องกับ วาสิณี วิเศษฤทธิ์ (2548) ที่กล่าวถึง การจัดระเบียบในการเยี่ยมผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยเกินไป และการจัดห้องพักให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ เป็นสิ่งที่เหมาะสมในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาตามแต่ละหอผู้ป่วย

จากผลการศึกษา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีการใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายอยู่ในโรงพยาบาล การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอนพักย่อมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้อยู่ใกล้ชิดและใช้เวลาที่เหลือร่วมกัน จึงควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม และจิตใจ ที่ประกอบด้วย การจัดห้องแยกหรือสถานที่ที่เป็นสัดส่วน สงบ และมีความเป็นส่วนตัว โดยในสถานที่ดังกล่าวควรมีบุคคล เสียงเครื่องมือทางการแพทย์ และแสงไฟรบกวนน้อยที่สุด มีการสร้างบรรยากาศที่คล้ายบ้านและความอบอุ่นโดยการจัดระเบียบการเยี่ยมที่ให้ครอบครัวและญาติได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้าย ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประกอบพิธีกรรมตามวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาภายในหอผู้ป่วยได้อย่างสะดวก โดยการจัดบริเวณสถานที่ของผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสมศักดิ์ศรี การจัดสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องการ เกิดความสงบและผ่อนคลาย นอกจากนี้ ควรมีการประเมินผลลัพธ์ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยทั้งทางด้านกายภาพ ซึ่งได้แก่ แสงสว่าง สี เสียง เป็นต้น ทางด้านสังคมและจิตใจที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นสอดคล้องกันว่า ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญอีกด้านหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

3. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดนั้น ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของ National Consensus Project for Quality Palliative Care

(2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 6 รายการ ($Md = 4.52 - 4.66$, $IR = 0.22 - 0.66$) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความต้องการในการดูแลรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและความต้องการที่ซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวจึงต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมในทุกด้าน สอดคล้องกับ Driscoll (2007) ที่กล่าวถึง ทีมซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหากประกอบไปด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ มีระบบการบริหารจัดการและระบบสารสนเทศที่ดี การดูแลผู้ป่วยย่อมมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Sims and Moss (1995) ที่กล่าวถึง หากมีการร่วมมือกันของสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนา ที่มีประสิทธิภาพ ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม สอดคล้องกับ ทักษิณี ทองประทีป (2552) ที่กล่าวถึง การใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ (interdisciplinary team) ส่งผลให้การดูแลทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และเป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติ ภายหลังการเสียชีวิต สอดคล้องกับ เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2552) ที่กล่าวถึง การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในฐานะผู้ร่วมดูแลและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ ในการทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน หากภายในทีมสหวิชาชีพประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวย่อมได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนในทุกๆด้าน และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

จากผลการศึกษา ภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำเป็นต้องมีทีมสหวิชาชีพมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแต่ละวิชาชีพควรมีการระบอบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมในทุกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับ สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) ที่กล่าวถึง ทีมสหวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักบวชที่สนใจและชำนาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิชาชีพอื่นที่อาจอยู่ร่วมในทีมด้วย ได้แก่ โภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร อาสาสมัคร นักการแพทย์ทางเลือก โดยบทบาทของทีมสหวิชาชีพคือเป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การควบคุมอาการเจ็บปวดและอาการรุนแรงอื่นๆ การแจ้งข่าวร้าย การปรึกษาหารือกันเรื่องเป้าหมายของการดูแล การจัดประสูติและครอบครัว การช่วยเหลือครอบครัวแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก และการช่วยเหลือด้านจิตวิทยาสังคมและจิตวิญญาณ สมาชิกในทีมการดูแลแบบประคับประคองจึงควรประกอบไปด้วยกลุ่มวิชาชีพหลายกลุ่มทั้งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ รวมไปถึงนักจิตวิทยา ที่มีประสบการณ์และผ่านการฝึกฝนมากพอในการดูแล

ผู้ป่วย (Jeffrey, 2009) สอดคล้องกับ Matzo and Sherman (2010) ที่กล่าวถึง การมีทีมพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยภายในทีมพยาบาลมีการพัฒนาความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพและมีเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นสอดคล้องกันว่า ควรให้ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ เป็นรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญอีกด้านหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

4. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดนั้น ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหารเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด และเมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเพิ่มขึ้นจากกรอบแนวคิดโดยสอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) ที่ได้กำหนดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไว้ว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรและผู้บริหารต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ และความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 7 รายการ ($Md = 4.52 - 4.69$, $IR = 0.30 - 0.84$) อภิปรายได้ว่า บุคลากรและผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ควรเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะเหมาะสมสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2548) ที่กล่าวถึง การรักษาจะได้ผลดีหากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่จำเป็นสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง จึงควรมีการจัดหาผู้รับผิดชอบที่มีความสามารถในการทำงานและการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาอบรมให้สำหรับบุคลากรสายสุขภาพและประชาชน เพื่อให้มีทัศนคติที่ดี มีความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

จากผลการศึกษาของ กนกวรรณ โภคา(2552) ที่กล่าวถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุแตกต่างกันมีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน โดยพบว่าพยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมาะสมมากกว่า อายุของพยาบาลย่อมมีส่วนทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เท่ากันได้ สอดคล้องกับสุราณี ชาญฤทธิวัฒน์ (2553) ที่กล่าวถึง พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้การจัดการดูแลยังขาดความต่อเนื่องและการบันทึกกิจกรรมการดูแลอย่างเป็นระบบ หากพยาบาลวิชาชีพและทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้และขาดทีมที่มี

ประสิทธิภาพผลเสียย่อมเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สอดคล้องกับ Matzo and Sherman (2010) ที่กล่าวถึง ทีมพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องมีการพัฒนาความรู้ บทบาทหน้าที่ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อทำหน้าที่สำหรับการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพและทีมการพยาบาลที่เป็นอาสาสมัครและมีความเต็มใจทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างแท้จริง(Kinghorn and Gamlin, 2001) ดังนั้น ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหารจึงมีความสำคัญ

5. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสอดคล้องกันว่า ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 9 รายการ ($Md = 4.55 - 4.66$, $IR = 0.38-0.70$) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่มากขึ้นและยาวนานขึ้น ปัญหาที่พบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณย่อมมีความซับซ้อน และแตกต่างกันในแต่ละตัวบุคคล (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตี๋ยง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละรายและครอบครัวจึงมีความแตกต่างกันไปตามความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับ ลดาร์ตัน สาภินันท์ (2545) ที่กล่าวถึง ผู้ป่วยที่วัยแตกต่างกันจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความตายที่ต่างกัน ได้แก่ ด้านร่างกาย คือการเลือกวิธีการจัดการศพของตน ด้านจิตใจ คือ การเห็นอกเห็นใจผู้ที่ป่วยหนักในระยะใกล้ตาย และตระหนักว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้านจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเลื่อมใส ศรัทธา ด้านสังคม คือ การมอบความรักและความหวังใยหรือปรับความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น สอดคล้องกับ สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (2552) ที่กล่าวถึง ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพที่เหมือนกันและแตกต่างกันตามในแต่ละระยะของการรับรู้ตามวิถีการเจ็บป่วย

จากผลการศึกษา โครงสร้างของการดูแลแบบประคับประคองควรประกอบด้วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ศาสนา และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งขณะและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Campbell, 2009) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเข้าใจสอดคล้องกับวิถีชีวิตเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม (Sims and Moss, 1995) การจัดการกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ(Emanuel and Librach, 2007) และการให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิต (World Health Organization, 2012) จึงถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับ ปิณณธร รัตน์นิล (2554) ที่กล่าวถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ของผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธมีการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ จึงต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และวิธีการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Payne, Seymour and Ingleton, 2008) สอดคล้องกับ ทศนีย์ ทองประทีป (2552) ที่กล่าวถึง การให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความเอื้ออาทรใส่ใจผู้ป่วยที่ใกล้ตายตลอดจนญาติ ด้วยวิธีการให้การพยาบาลด้วยความอดทน สุภาพ นุ่มนวล เอาใจเขามาใส่ใจเรา (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2548) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ดุสิต สถาวร, 2552) สอดคล้องกับ Ferrell and Coyle (2010) ที่กล่าวถึง พยาบาลควรทำความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม มีการให้ความสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่เหมาะสม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2552) ที่กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคองเป็นการให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สอดคล้องกับ Kinghorn and Gamlin (2001) ที่กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (Payne, Seymour, and Ingleton, 2008) องค์กรพยาบาลควรต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีความเหมาะสม (Poor and Poirrier, 2001) เพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมความสุขสบายของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Marrelli, 2005) ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าจะเสียชีวิตที่รพ.อย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล พยาบาลจึงควรใช้การดูแลแบบองค์รวมมาให้การพยาบาลในเวลา que ผู้ป่วยจะเสียชีวิตทั้งของผู้ป่วยรวมไปจนถึงครอบครัว การจัดระบบการพยาบาลขององค์กรพยาบาลจึงมีความจำเป็นยิ่งเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Poor and Poirrier, 2001) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่เกิดขึ้น และการให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านนี้จึงมีความสำคัญ

6. ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด โดยเมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญในการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเพิ่มขึ้นจากกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุด 7 รายการ ($Md = 4.58 - 4.69$, $IR = 0.30 - 0.75$) อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความทุกข์ทรมานและความต้องการที่ซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ในระยะแรกของโรค และจัดการความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้นถือได้ว่าเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) โดยการรักษาของแพทย์จะมุ่งเน้นการเยียวยาตามอาการของโรคที่แสดงออกเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) (ชมรมชีววิทยารักษ์, 2549) ปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการได้รับยาเคมีบำบัด รังสีรักษาและการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง เอ็ดส์ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้น (Marrelli, 2005) อาการปวดตามร่างกาย และอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับช่วงเวลาขณะนั้น ได้แก่ การหายใจหอบเหนื่อย คลื่นไส้ อ่อนเพลีย และอ่อนแรง นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน และท้องผูก เป็นต้น จึงต้องให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009) สอดคล้องกับ Roth, et al. (2013) ที่กล่าวถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการปวดและความเครียดของผู้ป่วย การจัดการกับอาการปวดและความเครียดของผู้ป่วยจึงเป็นการพยาบาลที่ดีที่สุดอีกทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากผลการศึกษา สุชีรา เกตุคง และ คณะ (2553) ที่กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยได้รับมีหลายวิธีการทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งยาที่ใช้มากที่สุดคือยาบรรเทาปวดและยาเสริมฤทธิ์ สำหรับการดูแลจัดการแบบไม่ใช้ยาแบ่งเป็นสี่กลุ่ม คือกลุ่มด้านจิตใจและสังคม กลุ่มด้านกาย-จิต และจิตวิญญาณ กลุ่มด้านร่างกาย และกลุ่มด้านแพทย์แผนเก่า สมุนไพร และอาหาร การจัดการความปวดย่อมต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันทั้งวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง และได้มาตรฐานตามแผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การกดจุด ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ดีที่สุด สอดคล้องกับ พิศาล ไม้เรียง และ เอื้อมแซสุขประเสริฐ (2547) ที่กล่าวถึงความเจ็บปวดทรมานมีความรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนหรือนอนหลับได้ แพทย์จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดใน

ขนาดที่มากพอที่จะสามารถควบคุมความปวด โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์และมีปริมาณความเข้มข้นของยาที่เพียงพอกับอาการปวดทางด้านร่างกาย อาการปวดของผู้ป่วยจะทุเลาลงและสามารถพักผ่อนได้ พยาบาลจึงต้องให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ในการจัดการกับอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆทางด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ ทองทิพย์ พรหมศรี (2551) ที่กล่าวถึง พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทางด้านร่างกายในระดับมาก ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจในวาระสุดท้ายของชีวิต และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในช่วงวาระสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2550) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวจึงควรเน้นการรักษาแบบองค์รวมไม่ใช่แค่เฉพาะปัญหาทางกายของผู้ป่วยเท่านั้นเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2548) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี จึงสรุปได้ว่าระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาเป็นรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่ต้องมีและพัฒนาอยู่เสมอ

7. ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดนั้น ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) ที่ได้กำหนดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไว้ จะต้องมีด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองรายด้านที่มีความสำคัญ โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 8 รายการ ($Md = 4.52 - 4.71$, $IR = 0.29 - 0.78$) อภิปรายได้ว่า การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากระหว่างทีมสหวิชาชีพพยาบาล กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคได้ ทำให้เกิดภาวะในการเลี้ยงดูแก่ครอบครัวและญาติ รวมไปถึงการให้การพยาบาลของทีมสหวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย การมีแนวทางในการพูดคุยและอธิบายเรื่องการรักษาโรครักษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมเกิดการยอมรับในความเจ็บป่วย สอดคล้องกับ ชมรมชีวิตตติยภูมิ (2549) ที่กล่าวถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคเป็นระยะๆ ควรให้แพทย์เป็นผู้คุยเรื่องการรักษากับญาติทุกฝ่าย พยาบาลเป็นผู้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ไม่อยู่ และควรหาคนหนึ่งที่เป็นตัวแทนเพื่อไว้ติดต่อประสานงานและเป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการรักษา การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัวย่อมเป็นไปอย่างมีคุณภาพ แต่ในปัจจุบันพบว่าปัญหาหลักสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะ

เป็นเรื่องการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (ดุสิต สถาวร, 2552) หากมีการจัดการประชุมเพื่อพูดคุยปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบุคลากรในทีมย่อมเกิดความไว้วางใจต่อกันและสามารถช่วยกันดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงจำเป็นต้องมีการทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2552)

จากผลการศึกษา ทศนีย์ ทองประทีป (2552) ที่กล่าวถึง การพูดคุยสื่อสารระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว มีหลักการเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ ทักษะการใส่ใจ ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และความเข้าใจหรือความเห็นใจ สอดคล้องกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ที่กล่าวถึง การสร้างสัมพันธภาพและการพูดคุยสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวในแง่มุมต่างๆ ได้ดีขึ้น การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรรพรรณ คล้ายพยัฒ, 2549) แต่หากมีการสื่อสารในเรื่องการดำเนินโรคที่ไร้ประสิทธิภาพงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ใกล้เสียชีวิตก็จะเพิ่มขึ้น (สถาพร ลีลา นันทิก, 2547) การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัวจึงนับว่ามีความสำคัญมากสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สอดคล้องกับ Foster (2007) ที่กล่าวถึงพยาบาลวิชาชีพต้องให้ความสำคัญในเรื่องการติดต่อสื่อสารระหว่างตัวของพยาบาล ผู้ป่วย รวมไปถึงครอบครัว โดยเป็นตัวกลางในการติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน เพื่อให้ทีมเป็นศูนย์กลางในระบบการสื่อสารและให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกันวิชาชีพเดียวย่อมไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมจึงต้องมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (ปกรณ ทองวิไล, 2553) สอดคล้องกับ ทศนีย์ ทองประทีป (2552) ที่กล่าวถึง การใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ (interdisciplinary team) สามารถให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ เพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติทั้งขณะและภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องมีผู้นำเพื่อพัฒนางานการดูแลแบบประคับประคองจากหลายภาคส่วนให้มีการประสานงานและวางแผนร่วมกันในการทำงาน เพื่อให้งานทุกระดับสามารถพัฒนาไปได้พร้อมๆ กัน และผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างไม่มีข้อจำกัด (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) การมีแนวทางการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพจึงถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงต้องมีด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

8. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเห็นสอดคล้องกันว่า ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้อง

กับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) โดยรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 7 รายการ (Md = 4.52 - 4.69, IR = 0.30 - 0.81) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการให้การพยาบาล และวางแผนจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนของผู้ป่วย โดยต้องมีการประเมินความพร้อมของญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจากโรงพยาบาลไปจนกระทั่งบ้านของผู้ป่วย สอดคล้องกับ ปกรณ์ ทองวิไล (2010) ที่กล่าวถึง การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก และควรมีการดำเนินการตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งหลังการจำหน่ายหรือการเสียชีวิต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต่อเนื่อง โดยแนวทางที่ต้องประเมินเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกิดประสิทธิภาพ ได้แก่ การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าและการส่งต่อผู้ป่วย (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2010) สอดคล้องกับ ดุสิต สถาวร (2552) ที่กล่าวถึง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยรายโรค และการวางระบบข้อมูลข่าวสารที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยไปยังจุดบริการต่างๆ สามารถทำให้เข้าถึงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและให้การรักษาและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษา ฐิติมา โพธิศรี (2550) ที่กล่าวถึง การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงจำหน่ายและส่งต่อให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนามัย รวมทั้งการมีเครือข่ายผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลให้ความคิดเห็นว่า เป็นการจัดการที่มีรูปแบบที่ชัดเจนเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ทั้งผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สอดคล้องกับ เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2552) ที่กล่าวถึง ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว ในความจริงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2550) ที่กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเริ่มตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเตรียมตัวให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบ สอดคล้องกับ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ (2549) ที่กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเวลาเฉพาะผู้ป่วยใกล้จะสิ้นชีวิตลงเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการไปก่อนหน้านั้นตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวย ไม่ควรรอจนเวลาที่ผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต จึงควรเตรียมตัวก่อนทั้งการเตรียมครอบครัว และเตรียมชุมชนล่วงหน้าก่อนจะถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยจริงๆ พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องจนกระทั่งภายหลังการจำหน่ายหรือเสียชีวิตของผู้ป่วย และควรมีการสร้างแนว

ปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการออกหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่บ้านเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ครอบครัวและญาติ และเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงต้องมีด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย

9. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดนั้น ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) ที่กล่าวถึงด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องมีการพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพจึงต้องเข้ามาเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา โดยรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 6 รายการ ($Md = 4.55 - 4.86$, $IR = 0.30 - 0.99$) อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันได้เกิดประเด็นทางด้านกฎหมายและจริยธรรมมากมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและไม่สามารถรักษาให้หายขาดผู้ป่วยบางคนต้องพึ่งอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีวิตอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งในประเทศไทยจึงได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่กล่าวว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) แสงบุญเฉลิมวิภาส (2552) ที่กล่าวถึง มีประเด็นทางกฎหมายมาเกี่ยวข้องสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่แนวคิดเรื่อง Living will หมายถึง การแสดงความจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษา แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมียังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการทำพินัยกรรมชีวิตเท่าที่ควร โดยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้าแต่ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมที่จะทำในขณะนี้ขอรอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมก่อน เช่นหลังจากได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวังส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและกลัวการทรมานจากหัตถการยื้อชีวิตมากกว่า แต่ผู้ป่วยส่วนน้อยไม่มีแนวคิดที่จะทำพินัยกรรมชีวิตโดยยกการตัดสินใจให้แพทย์เพราะรู้สึกไม่ดีเมื่อพูดถึงความตาย การให้คำปรึกษาเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตจึงควรคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของคนไทยด้วย (มณฑล ศรียศชาติ และ สายพิณ หัตถ์รัตน์, 2553)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่ การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง การกระทำที่เป็นประโยชน์และหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษต่อผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลที่จริงและการรักษาความลับของผู้ป่วย (ปกรณ ทองวิไล, 2010) ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ชนิดของการบำบัดรักษาและการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวกับวิธีการรักษาอย่างอิสระ (สถาพร สีสานันทกิจ, 2547) จึงเป็นเรื่องที่เหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถมีสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ที่ตนเองจะได้รับ กฎหมายและจริยธรรมจึงมีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเพราะสัมพันธ์กับกระบวนการดูแลและการเสียชีวิตของบุคคล ได้แก่เมตตามรณะรวมไปถึงการใช้จ่ายและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Guido, 2010) ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็มีความก้าวหน้ามากขึ้นทำให้การรักษาของแพทย์สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ ทำให้หน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลกลายเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ (วนิดา ศรีวรกุล, 2537)แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแต่ความต้องการสุดท้ายสามารถเกิดได้ จึงมีการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อเป็นเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตาม (วิสุทธิ สุขบำรุง, 2544) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายย่อมสามารถแสดงเจตนาและเป้าหมายเกี่ยวกับวิธีการและแผนการดูแลรักษาที่ตนเองจะได้รับเมื่อมีอาการทรุดลง โดยการดูแลต้องไม่ขัดแย้งต่อกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Jeffrey (2009) ที่กล่าวถึง ประเด็นทางด้านจริยธรรมจากการใช้ยามอร์ฟิน เพื่อควบคุมความเจ็บปวดแต่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้นลง สอดคล้องกับ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และ คณะ (2549) ที่กล่าวถึง จริยธรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้นเป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำและไม่ควรกระทำในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมเรื่องการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการกระทำในสิ่งที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากผลการศึกษา วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ดียิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล (2556) ที่กล่าวถึง การแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยที่ไม่ต้องการทนทุกข์ทรมานและอยากจากไปอย่างสงบ แพทย์สามารถทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยได้โดยไม่มีความผิด แต่อาจเป็นเรื่องที่ญาติพี่น้องทำใจลำบาก แม้ว่าจะเป็นการต้องการของผู้ป่วยก็ตาม สอดคล้องกับ สุริพร ธนศิลป์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2550) ที่กล่าวถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการได้รับการดูแลในฐานะบุคคลด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์มากกว่าการบำบัดรักษาโรค หรือการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009) ที่กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรม เพื่อประยุกต์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องการวางแผนการรักษาล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบในการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่มี ความชัดเจนและยังไม่มีแนวทางที่เป็นหลักเกณฑ์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยคำนึงถึงกฎหมายและจริยธรรมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบ

ประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงต้องมีด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

10. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดนั้น พบว่าด้านการจัดการค่าใช้จ่าย เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเมื่อได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) โดยมีรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในระดับความสำคัญมากที่สุด 5 รายการ (Md = 4.52 - 4.58, IR = 0.65 - 0.78) และระดับความสำคัญมาก 1 รายการ (Md = 4.30, IR = 0.81) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยให้หายขาดได้จึงย่อมเกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ประกอบกับในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าส่งผลทำให้สามารถพยายงชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ยาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลจึงสูงขึ้นตามระยะเวลาและจำนวนวันของผู้ป่วยในขณะนอนโรงพยาบาล หากการปฏิบัติการพยาบาลไม่มีแนวทางที่ชัดเจนอาจทำให้การดูแลของพยาบาลประสบปัญหา ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ครอบครัวเกิดภาระในการดูแลเป็นเวลานานขึ้น และเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (นวรรตน์ มีถาวร, 2552) สอดคล้องกับ สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) ที่กล่าวถึง ค่าใช้จ่ายในการพยายงชีวิตของคนไม่ก็คนมีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนอื่นๆทั่วทั้งประเทศหลายเท่าตัว หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรต้องมีการคำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยด้วย สอดคล้องกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ที่กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคองควรเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน มีหลักการดูแลผู้ป่วยในการเบิกจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีแนวทางการจัดการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน เนื่องจากการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพลดลง (แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน, 2010) การจัดการด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวเกิดการสูญเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

จากผลการศึกษา รายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น สอดคล้องกันและมีความสำคัญในระดับมาก ได้แก่ สนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละราย (Md = 4.30, IR = 0.81) อภิปรายได้ว่า ในปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละรายมีสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม กองทุนข้าราชการ เป็นต้น การบริหารจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงนับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจึงย่อมสูงขึ้นเช่นกัน หากมีการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลที่เพียงพอและเหมาะสม และมีงบประมาณมาสนับสนุนจากหน่วยงานตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โรงพยาบาลย่อมไม่เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มากเกินไป สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ เพ็ญแข ลากยั้ง (2546) ที่กล่าวถึง การจัดสรรเงินรายหัวเครือข่ายและสถานบริการไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการบริการ และการที่แต่ละเครือข่ายกำหนดการจัดสรรเงินภายในเครือข่ายกันเองอาจก่อให้เกิดความสับสนแก่เจ้าหน้าที่ และทำให้เครือข่ายที่ขาดแคลนงบประมาณประสบปัญหาในการจัดบริการได้ ผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นสอดคล้องกันว่า ควรให้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการจัดการค่าใช้จ่ายเป็นรายการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่สำคัญอีกด้านหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ควรีระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง 9 ด้าน เพราะเป็นแนวทางที่ได้จากความเห็นของผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

1.1 สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการจัดห้องแยกหรือสถานที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยมีความสงบ ปลอดภัย และมีเสียงเครื่องมือทางการแพทย์ / แสงไฟรบกวนน้อยที่สุด เพื่อส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การกำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพื่อรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะและ การฝึกอบรมและจัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น

1.2 สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเผชิญกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต การกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้จ่ายเพื่อบรรเทาปวดให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาโดยถูกต้องตาม

แผนการรักษาของแพทย์ การกำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมที่บอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์และช่วงเวลาที่เหมาะสม และการกำหนดนโยบายในการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.3 สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ในการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติเรื่องแนวทางการรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และการควบคุมและจัดการค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ตลอดจนจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงควรนำผลการวิจัยไปศึกษาต่อ คือ ควรมีการศึกษาพัฒนาตัวชี้วัดด้านการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต โดยการศึกษาภายในโรงพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง เช่น โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นต้น เนื่องจากในแต่ละบริบทมีความแตกต่างกัน เพื่อให้ผลการศึกษามีความเหมาะสมกับแต่ละบริบทมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). ผลงานกึ่งศตวรรษ (2537 – 2541) การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). ภารกิจและโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการสุขภาพ[ออนไลน์]. (2553).
แหล่งที่มา:http://pmsn.hss.moph.go.th/uploadFiles/document/D0000000137_23253.pdf [2557, มีนาคม 3].
- กนกวรรณ โภคา. (2552). ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2544). การบริหารหอผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: ปิ่นเกล้าการพิมพ์.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชนิษฐา วิทยานูมาศ. (2530). การวิจัยแบบเดลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย ใน ประพัฒน์ จำปาไทย (บรรณาธิการ), รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: รุ่งสาส์นการพิมพ์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). การวิจัยแบบอนาคตแบบ EDFR ใน ประพัฒน์ จำปาไทย (บรรณาธิการ), หน้า 38-44. รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: รุ่งสาส์นการพิมพ์.
- ชัย กฤติยาภิชาติกุล. เจาะลึกระบบสุขภาพ [ออนไลน์]. (2553). แหล่งที่มา:<http://www.healthfocus.in.th/content/2012/06/740> [2555, สิงหาคม 10].
- ชมรมชีวนตารักษ์. (2549). ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที.เอ็น.ที.พรินต์ติ้ง จำกัด.
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2548). ธรรมะ 4 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที.เอ็น.ที.พรินต์ติ้ง จำกัด.
- ฐิติมา โพธิศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2553). Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2 (5): 26-28.
- ดุสิต สถาวร. (2552). Overview of End of life Care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End Of Life Care Improving Care of The Dying, 134-149. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.

- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์.(2552). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End Of Life Care Improving Care of The Dying, 15-23. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- ทัศนีย์ ทองประทีป.(2552).พยาบาล:เพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี พรินท์ จำกัด.
- ทัศนีย์ สงกา. (2548). บทบาทผู้นำพยาบาลในคลินิก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทองอินทร์ วงศ์โสธร.(2536). “ทฤษฎีระบบ” หน่วยที่ 3 ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติ ใน การบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- นวรรตน์ มีถาวร. (2552). ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้า หอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ. (2549). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.ใน โกมาตร จึงเสถียร ทรัพย์(บรรณาธิการ), หน้า 223-256. คู่มือการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร.(2550).ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปกรณ์ ทองวิล.(2553).การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2(5) : 12-16.
- ประสิทธิ์ รัฐสินธุ์, กรรณิการ์ สุขเกษม. (2547).วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยปัญหาปัจจุบันและ การวิจัยอนาคตกาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้า พรินต์ติ้ง จำกัด.
- ปณณธร รัตน์นิล. (2554). ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์คณะ พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน. (2553).การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสาร ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว2 (5): 43-54.
- พัชรี เจริญพร.(2546).ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พิศาล ไม้เรียง, เอื้อมแข สุขประเสริฐ. (2547). Palliative Care and End of Life Care for Liver Cancer. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 3 (4): 9-12.

- พูลสุข หิงคานนท์.(2549).ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 1-5. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2550).การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ในสุรียพร ธนศิลป์ และคณะ (บรรณาธิการ),การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน, 1-8. นครปฐม: เอส พี กราฟฟิก.
- โกคินทร์ ศักรินทร์กุล.(2553). Palliative ประสพการณ์การศึกษาคุณงาน ณ เมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2 (5): 67-73.
- มณฑล ศรียศชาติ, สายพิน หัตถิรัตน์. มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต [ออนไลน์]. (2553).แหล่งที่มา:http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/research_rfm/poster_monton.pdf [2557, กุมภาพันธ์ 5].
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2548). Palliative treatment: From cure to care. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 6 (4): 34 - 36.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2545). ภาวะธรรมที่คนในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละเอียด รักษ์เลิศวงศ์. (2552). ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการบริหารพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ศรีวรกุล .2537. การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนต์หลุย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2547). การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 6 (4): 21-32.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, จิตศิริ ชันเงิน. (2549). สังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 7 (3): 12-20.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตี๋ยง, จินต์จุฑา รอดพาล. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พรีนต์
- วิสุทธิ์ สุขบำรุง. (2544). ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาพัฒนาการคณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ พิซิตพรชัย, อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). การจัดการทางการพยาบาล กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2549). ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- สกล สิงหะ.(2552). Palliative Care: How to Improve Your Care. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End Of Life Care Improving Care of The Dying, 38-54. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- สกล สิงหะ.(2553).ปฐมบทแห่งสุขภาวะปฐมภูมิ.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2 (5): 17-20.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการจัดทำชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ [ออนไลน์]. (2550). แหล่งที่มา: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/n_report1_9.pdf [2557, มีนาคม 3].
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2547). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย.สารจากนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย [ออนไลน์]. (2555). แหล่งที่มา: <http://www.thaps.or.th/message> [2557, มีนาคม 3].
- สมัชชาสุขภาพ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 – 2559[ออนไลน์]. (2556).แหล่งที่มา: http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/annex_gooddeath_17_Dec_final.pdf [2557, มีนาคม 3].
- สภาการพยาบาล. (2543). พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ [ออนไลน์]. (2548). แหล่งที่มา: http://www.tnc.or.th/files/2010/10/act_of_parliament-366/_11694.pdf [2557, มีนาคม 15].
- สภาการพยาบาล. ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf[2557, มีนาคม 3].
- สันต์ หัตถ์รัตน์.(2552).การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2552). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง.วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชีรา เกตุคง และ คณะ. (2553). ประสบการณ์การเผชิญอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 14 (3): 219-234.
- สุพิศรา ศรีวณิชชากรม. (2553).Palliative Care การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว2 (5): 4-6.
- สุมาลี ประทุมพันธ์. (2553).Palliative Care แบบไทยๆ จากโลกออนไลน์. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว2 (5): 74-76.

- สุรानी ชาัญฤทธิวัฒน์. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริพร ธนศิลป์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2550). การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: เอสพี กราฟฟิค.
- สุวลี ทวีบุตร. (2540). การเปรียบเทียบผลการสร้างฉันทามติและระดับการให้ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ ระหว่างการใช้เทคนิคเดลฟายแบบเดิมและเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุงที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็น. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547 [ออนไลน์]. (2549). แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_48 [2555, สิงหาคม 10].
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2552).ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี บจก.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สข.และเครือข่ายภาคีเดิหน้า 6 ยุทธศาสตร์ เปิดทางวางระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย[ออนไลน์]. (2556). แหล่งที่มา:<http://www.thailivingwill.in.th/content/สขและเครือข่ายภาคีเดิหน้า6 ยุทธศาสตร์เปิดทาง-วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย> [2557, มีนาคม 3].
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์. (2549). หน้าที่ความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลสุขภาพ[ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: <http://www.bps.ops.moph.go.th> [2555, พฤษภาคม 10].
- สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2545). แนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative Care ปี2554[ออนไลน์]. (2554). แหล่งที่มา <http://www.nhso.go.th/downloadfile /1.%20แนวทางการบริหารจัดการPalliative%20care.pdf> [2555, มิถุนายน 10].
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ[ออนไลน์]. (2555). แหล่งที่มา <http://bps.ops.moph.go.th/ moph/moph29กพ.54/5.การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ>[2557, มีนาคม 3].

- แสวง บุญเฉลิมวิภาส.(2552). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย). ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ (บรรณาธิการ),การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, 397-404. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. (2546). การบริหารจัดการระบบการคลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีแรกของการดำเนินงาน: กรณีศึกษาสี่จังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 12 (6): 889-906.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2545). สรุปรายงานการสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทของวิชาชีพ และลักษณะของสถานบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. รายงานการวิจัย. กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรรวรรณ คล้ายพัสฒ. (2549). การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Addington, J., and Higginson, I.(2001). Palliative care for non-cancer patients. New York: Oxford University Press.
- Bakitas, M., Bishop, F.M., Caron, P., and Stephens, L.(2010). Developing Successful Models Of Cancer Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing* 26 (4): 266-284.
- Beccaro, M., Aprile, L. P., Scaccabarozzi, G., Cancian, M., and Costantini, M. (2013). Survey of Italian General Practitioners: Knowledge, Opinions, and activities of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 46 (3): 335-344.
- Bertalanffy, V.L.(1975). *General system theory*. 1st ed. New York: George Braziller.
- Bookbinder, M., et al.(2011). Nurse Practitioner-Based Models of Specialist Palliative Care at Home: Sustainability and Evaluation of Feasibility. *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (1): 25-34.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research*. 4th ed. Philadelphia:W.B. Saunders company.
- Campbell, M.(2009).*Nurse to Nurse: Palliative Care*. New York: McGraw Hill.
- Dahlin, C. (2009). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 2nd ed. United States of America: National Consensus Project.
- Donabedian, A. (1985). The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Millbank Quarterly* 83(4): 691-729.
- Driscoll, J. (2007). *Practising Clinical Supervision A Reflective Approach For Healthcare Professionals*. 2rd ed. London : Bailliere Tindall.
- Emanuel, L., and Librach, L.S. (2007).*Palliative Care core skills and clinical competencies*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

- Ferrell, B., and Coyle, N. (2010). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. New York: Oxford University.
- Foster, E. (2007). Communicating at the End of Life. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Giovanni, L. (2012). End of Life Care in the United States: Current Reality and Future Promise A Policy Review. Nursing Economic 30 (3): 127-134.
- Guido, W.G. (2010). Nursing Care at the End of Life. Boston: Pearson.
- Heiko, A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies. Review and Implications for future quality assurance. Technological Forecasting & Social Change 79: 1525-1536.
- Jeffrey, D. (2009). Against Physician Assisted Suicide A palliative care perspective . New York: Radcliffe Publishing.
- Kendall, S. (2000). Primary Health Care: Does is Definition. Primary Health Care Research and Development. 1(1): 1-2.
- Kast, F., and Rosenzweig, J.(1985). Organization and Management: A Systems and Contingency Approach. New York: McGraw-Hill.
- Kemp, C.(1999). Terminal illness : a guide to nursing care. 2nd ed. Philadelphia: Williams &Wilkins.
- Kinghorn, S., and Gamlin, R.(2001). Palliative Nursing Bringing Comfort and Hope. London: Bailliere Tindall.
- Marrelli, T.(2005). Hospice and Palliative Care Handbook . 2rd ed. Missouri: Elsevier Mosby.
- Matzo, M., and Sherman, W.D.(2010). Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life. 3th ed. New York: Springer Publishing company.
- Mckim, S. J. (2003). Health work environment. Nurse Leader (July – August): 15-22.
- Murry, J., and Hammons, J.(1995). A Versatile Methodology for conducting. The Review of Higher Education 18 (4): 423-436.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care.(2009). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Pittsburgh: National Consensus Project.
- Payne, S., Seymour, J. and Ingleton, C.(2008). Palliative care nursing. 2rd ed. London: McGraw Hill.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. (1999). Nursing research: Principle and Method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Poor, B., and Poirier, G.(2001). End of Life Nursing Care . London: Jones and Bartlett.
- Roth, L. M., et al. (2013). Relationship Between Pain and Post- traumatic Stress Symptoms in Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 46 (2): 182-191.

- Sheehan, D., and Forman, W. (2003). Hospice and palliative care: concepts and practice. 2nd ed. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
- Sim, R., and Moss, V. A. (1995). Palliative Care for people with AIDS. London: Edward Arnold.
- Speck, P. (2006). Teamwork in Palliative Care: Fulfilling or Frustrating. New York: Oxford University Press.
- Stevens, E., Jackson, S., and Milligan, S. (2009). Palliative Nursing Across the Spectrum of Care. Chichester: Blackwell.
- Sullivan, E., and Decker, P. (2005). Effective Leadership and Management in Nursing. New Jersey: Pearson Education.
- World Health Organization. Noncommunicable diseases and mental health [ออนไลน์]. (2010). แหล่งที่มา: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html [2557, มกราคม 6].
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [ออนไลน์]. (2012). แหล่งที่มา: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [2555, มิถุนายน 20].
- Worldwide Palliative Care Alliance. Millions of older people missing out on end of life care [ออนไลน์]. (2012). แหล่งที่มา: <http://www.thewpca.org/latest-news/who-older-people/> [2557, มกราคม 6].



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้การสัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้แบ่งเป็น 5 กลุ่ม รวม 23 คน คือ

1. แพทย์/อาจารย์แพทย์จำนวน 4 คน ดังรายนามต่อไปนี้
 1. รองศาสตราจารย์ นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี
 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว
 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ดาริน จตุรภัทรพร
 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ปัทมา โกมุตบุตร
2. พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการแพทย์และระดับปฏิบัติการ จำนวน 8 คน ดังรายนามต่อไปนี้
 1. นางสาวสุรีย์ ลีมงคล
 2. นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์
 3. นางอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช
 4. นางสาวลดารัตน์ สาภินันท์
 5. นางวราภรณ์ วิภาสวงศ์
 6. นางกานดาศรี ตูลาธรรมกิจ
 7. นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์
 8. นางพรวิรินทร์ นุตราววงศ์
3. อาจารย์พยาบาล/นักวิชาการพยาบาล จำนวน 4 คน ดังรายนามต่อไปนี้
 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป
 2. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด
 3. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย
 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ
4. ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ จำนวน 3 คน ดังรายนามต่อไปนี้
 1. นพ. อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร
 2. นางสาวเรวดี ศิรินคร
 3. นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์
5. ผู้นำทางศาสนาและกฎหมาย จำนวน 4 คน ดังรายนามต่อไปนี้
 1. รองศาสตราจารย์ พิเชฐฐ์ กาลามเกษตร์
 2. ศาสนาจารย์ ดร. ชูสิทธิ์พรณ ศรีสุนทร
 3. พระไพศาล วิสาโล
 4. ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ
กลุ่มที่ 1: แพทย์หรืออาจารย์แพทย์

1. รองศาสตราจารย์ นพ. เต็มศักดิ์ ฟิ่งรัศมี

ตำแหน่ง

-รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 26 ปี

วุฒิการศึกษา

-แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-วุฒิปัตถรังสีรักษา แพทยสภา

-APHN Diploma/Graduate Certificate in Health (Palliative Care) ,

APHN/Flinders University, Australia

ผลงานทางวิชาการ

ผลงานตีพิมพ์

1. Srisawat S, Phungrassami T. Thai Medical Students' Self Assessment of Palliative Care Competencies. Palliative Care: Research and Treatment. 2012(6):1-8.
2. Wright M, Hamzah E, Phungrassami T, Bausa-Claudio A. Hospice and Palliative Care in Southeast Asia: A review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines. 1st ed. Oxford: Oxford University Press 2010.
3. Nilmanat K, Chailungka P, Phungrassami T, et al. Living with suffering as voiced. Thai patients with terminal advanced cancer Int.J Pal Nur 2010; 16(8): 393-400.
4. Nimmaanrat S, Prechawai C & Phungrassami T. Cancer pain and its management: A survey on interns' knowledge, attitudes and barriers. Palliative Care: research and treatment. 2010 (4): 11-7.
5. Phungrassami T, Katikarn R, Watanaarepornchai S, Sangtawan D. Quality of Life Assessment in Radiotherapy Patients by WHOQOL-BREF-THAI: A Feasibility Study. J Med Assoc Thai 2004; 87(12): 1459-65.
6. Wootipoom V, Lekhyananda N, Phungrassami T, Boonyaphiphat P, Thongsuksai P. Prognostic significance of Bax, Bcl-2, and p53 expressions in cervical squamous cell carcinoma treated by

radiotherapy. Gynecol Oncol 2004; 94(3): 636-42.

7. Phungrassami T, Sriplung H, Roka A, Mintrasak E, Peerawong T, Aegem U. Cancer Disclosure in Thai Patients Treated with Radiotherapy. Soc Sci Med 2003; 57(9): 1675-1682.
8. Thongsuksai P, Sriplung H, Phungrassami T, Prechavittayakul P. Cancer incidence in Songkhla, Southern Thailand, 1990-1994. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 1997; 28 supp 3: 1-10.

บทความ

1. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ palliative care การดูแลรักษาด้วยใจ ใน ศศิกานต์ นิมมาน รัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ชัชชัย ปรีชาไว: ความปวดและการระงับปวด 2552.
2. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ อโนทัย เจียรสถาววงศ์ บรรณาธิการ: บทเรียนจากผู้จากไป ผลึกความรู้ ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทยๆ, เครือข่ายพุทธิกา, มูลนิธิโกลบอล คิมทอง, 2549.
3. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ Palliative Radiotherapy ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.
4. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ ความตายกับบะหมี่สำเร็จรูปใน ปาจารย์สารฉบับพุทธิกา เครือข่ายพุทธิกา, 2548.
5. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547.
6. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ตำราศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 22, ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2545; 494-515.
7. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ ความตายของประคองใน ดูแลอย่างไรก่อนไปพบแพทย์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สำนักพิมพ์มติชน, 2545; 179-189
8. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ Palliative Care ใน Manual of Radiation Oncology, สมาคมรังสีรักษาแห่งประเทศไทย, โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544; 557-582
9. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ บรรณาธิการ: Palliative Care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์, มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542.

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- รังสีรักษา Therapeutic Radiology
- บริบาลบรรเทา Palliative Care
- คุณภาพชีวิต Quality of Life

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว

ตำแหน่ง

-ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 20 ปี

วุฒิการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิปัตริวิสัญญีวิทยา แพทยสภา ราชวิทยาลัยวิสัญญีวิทยา
- Certificate of Critical Care Medicine University of Toronto, Canada
- อนุมัติบัตรเวชบำบัดวิกฤต ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แพทยสภา

ผลงานทางวิชาการ

1. พรเลิศ ฉัตรแก้วแนวทางการใช้สิทธิในการตายดี ในก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
2. พรเลิศ ฉัตรแก้วและคณะ บรรณาธิการ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 1 Pain Education: Gateway to Palliative Care,โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์, 2010.
3. พรเลิศ ฉัตรแก้วและคณะ บรรณาธิการ: How we prepare students for palliative care learning ? ในหนังสือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 2,โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์, 2553.
4. การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

งานวิจัย

1. Family meeting in ICU
2. ICU outcome Study

งานอื่นๆ

- วิทยากร สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
- วิทยากรบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ICU
- อาสาสมัครเครือข่ายพุทธิกา, วัดคำประมง
- หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล รพ.จุฬาลงกรณ์

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- Critical Care
- Palliative Care
- Medical ethics

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ดาริน จตุรภัทรพร

ตำแหน่ง

-ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 7 ปี

วุฒิการศึกษา

-แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
 -Certificate in Clinical Fellowship in Palliative Care, Canada
 -Certificate in Academic Fellowship in Family Medicine, Canada
 -Certificate in Clinical Fellowship in Care of the Elderly, Canada
 -Master of Science in International Primary Health Care, London
 -วุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา

ผลงานทางวิชาการ

1. ดาริน จตุรภัทรพร และคณะ. การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ ในสูรเกียรติ อาชานานุภาพ (บรรณาธิการ). คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549.
2. เอกสารประกอบการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, 2552.
3. Patients' experience of oxygen therapy and dyspnea : a qualitative study in home palliative care
4. Attitude toward truth-telling about cancer: a survey from Thailand

งานอื่นๆ

- วิทยากรเรื่อง Interprofessional Palliative Care Workshop
- วิทยากรเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care)
- วิทยากรเรื่อง Palliative Care in Pediatric Patients
- วิทยากรเรื่อง How to care patients at the end of life
- วิทยากรเรื่อง Palliative Care in Orthopedic Oncology

-วิทยากรเรื่อง Workshop: Challenges in communication with the dying and family

-วิทยากรเรื่อง Panel Discussion: Multidisciplinary Palliative Home Care: How team makes a Difference

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ปัทมา โคมุทบุตร

ตำแหน่ง

-ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี

วุฒิการศึกษา

-Doctor of Medicine (M.D) Chiangmai University

-Internship Chiangmai University

-Diploma Thai Board of Family Medicine , Chiangmai University

-Primary care visiting scholar, Amersham healthcenter, UK

-Graduate. In Health Palliative care, Flinders university, Australia

-APHN diplomain palliative care, National Cancer Centre, Singapore

-ECFMG certificate , Accreditation Councilfor Graduate, Medical

Education, USA

-Advance training in Clinical research certificate

-Research Fellow in Palliative care program

ผลงานทางวิชาการ

1. Patama Gomutbutra. Applying experience of UK primary care to family medicine in Thailand. Royal College of General Practitioners International Newsletter, 2009; 37: 11-12.
2. Patama Gomutbutra. Chronic Care Model, Improving for primary care, 2008; 24(4): 316-324.
3. Patama Gomutbutra, et al. Chronic disease in partner of chronic illness patient; A study in home healthcare of Maharaj Nakorn ChiangMai hospital. Chiang Mai Medical Journal. 2009; 48(4): 189-199.
4. Patama Gomutbutra, et al. Management of Moderate to Severe Dyspnea in Hospitalized Patients Receiving Palliative Care. Journal of Pain and Symptom management.

5. The study of Pattern and Quality of Home Healthcare service in the upper northern part of Thailand
6. Patama Gomutbutra, et al. The Thai version of Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)
7. Patama Gomutbutra. IAHPC List of Essential Practics in Palliative (Thai)

งานอื่นๆ

-บล็อก เรื่องงานบริการ การเรียนการสอน และ การวิจัย Palliative care

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-Palliative medicine

กลุ่มที่ 2: พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการ

1. นางสาวสุรีย์ ลิ้มมงคล

ตำแหน่ง

-หัวหน้าหน่วยและพยาบาลชำนาญการพิเศษ หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง งานการพยาบาล-ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 27 ปี

วุฒิการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล
- สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์

ผลงานทางวิชาการ

1. คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. คู่มือการจำแนกผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน
3. บทความเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และ Palliative Care

งานอื่นๆ

- วิทยากรบรรยาย เรื่องการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
- วิทยากรบรรยาย เรื่องSeamless Care
- วิทยากรบรรยาย เรื่องPalliative Care
- ร่วมกับเครือข่ายพุทธิกาในการจัดอบรมเรื่อง “การเผชิญความตายอย่างสงบ”

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-การจัดระบบบริการการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และ Palliative Care

2. นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์

ตำแหน่ง

-พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 35 ปี

วุฒิการศึกษา

-วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล

-วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานทางวิชาการ

1. ศากุน ปวีณวัฒน์, อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช. APN กับ Palliative Care ในการประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาสู่การปฏิบัติ. ยูเรสมคส์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช, ศากุน ปวีณวัฒน์ บรรณาธิการ. บริษัท ออฟเซ็ทครีเอชั่น จำกัด, 2554.

งานอื่นๆ

-จัดหลักสูตรอบรมพยาบาลเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว” ให้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี 1 รุ่น โรงพยาบาลสามชุก 1 รุ่น และโรงพยาบาลด่านช้าง 2 รุ่น ในปี พ.ศ. 2555

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3. นางอุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช

ตำแหน่ง

-พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ Palliative Care (ระดับ 8) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care Center: One Stop Service)

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 32 ปี

วุฒิการศึกษา

-วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

-วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

-ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็ง คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

-Certificate of Achievement Educative Program in Palliative Care,
University of Toronto , Canada

ผลงานทางวิชาการ

1. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท ปี พ.ศ. 2530 “ ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำ
ธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในด้านการ
ลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับความเจ็บป่วย และ
การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล”

งานอื่นๆ

-เป็นผู้แทนระดับภาควิชาพยาบาลศาสตร์ และระดับคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.
รามาธิบดี ไปร่วมประชุม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างเครือข่าย Palliative Care and
Hospice กับสถาบันภายนอก

-เป็นเลขานุการคณะกรรมการ End of Life Care ทั้งระดับภาควิชาพยาบาลศาสตร์
และระดับคณะ แพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี

-เป็นผู้ริเริ่ม และประธานร่วม โครงการทีมสหสาขาวิชาการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมแบบ
ประคับประคอง (Multidisciplinary palliative care team for surgical patients)

-ริเริ่มและดำเนินโครงการคณะกรรมการและคณะกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะ
ประคับประคอง เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2551

-รับเชิญเป็นวิทยากรบรรยาย และแบ่งปันประสบการณ์ด้าน Palliative Care ทั่ว
ประเทศ จากปี พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน

-ริเริ่มโครงการศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
(Palliative Care Center:One Stop Service) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี(2 เม.ย.
2552 – ปัจจุบัน)

-ผู้ริเริ่มและดำเนินโครงการเครือข่ายกัลยาณมิตรเพื่อชีวิตที่มีคุณค่า

-ผู้ริเริ่มและดำเนินโครงการส่งเสริมความพร้อมผู้ดูแล:แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังสู่ระยะสุดท้าย

-ผู้ริเริ่มและดำเนินโครงการเยียวยาใจยามป่วยไข้จากวัดสุวอรัศ

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-การพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคองสู่ระยะสุดท้าย

- การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

- การประยุกต์ธรรมะนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ

4. นางสาวดารัตน์ สากินันท์

ตำแหน่ง

-ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หน่วยพัฒนาและฝึกอบรม
ทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 23 ปี

วุฒิการศึกษา

-ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร(เทียบเท่าปริญญาตรี)วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
กรุงเทพมหานคร

-พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

-วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
จากสภาการพยาบาล

ผลงานทางวิชาการ

1. วิทยานิพนธ์ เรื่องภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความ
ตายของผู้สูงอายุ(2545), พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ดารัตน์ สากินันท์ (2547). ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ
(Gerotranscendence). วารสารพัฒนาวิทยา 5(2), 26-30.
3. Ladarat, S., et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai
PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale
(PPSv2). Palliat Med.

งานอื่นๆ

-ผู้นำเสนอผลงานและได้รับรางวัลอันดับ 1 ในผลงานประเภทโปสเตอร์ในนามของ
Palliative care Team เรื่อง The hospital quality improvement of Suandok's palliative
care model at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital

-ผู้นำเสนอผลงานประเภทโปสเตอร์เรื่อง Development toward
gerotranscendence among lung cancer elderly patients on a surgical male ward at
Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital ในการประชุม Canadian Hospice Palliative Care
Conference, Canada

-ผู้นำเสนอผลงานด้วยวาจา เรื่อง Development of Suandok Palliative
Care Model of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, ประเทศจีน

-วิทยากรบรรยาย เรื่อง Nursing outcomes in palliative care ในการประชุม
วิชาการ Suandok Palliative Care Day และ เรื่อง Suandok Palliative Care Model at
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital ให้กับพยาบาลจากประเทศจีน ที่มาศึกษาดูงาน ณ ฝ่าย
การพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

-วิทยากรบรรยาย เรื่อง Nursing outcomes in palliative care ในการประชุม
วิชาการ Suandok Palliative Care Day, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

-เข้าร่วมการประชุมวิชาการ Asia Pacific Hospice Conference ณ เมืองปีนัง
ประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 14-17 กรกฎาคม 2554

5. นางวราภรณ์ วิภาสวงศ์

ตำแหน่ง

-ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย จักษุ โสต คอ นาสิก โรงพยาบาล
มหาราชนคร เชียงใหม่

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 32 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
- หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน การบริหารการพยาบาล

ผลงานทางวิชาการ

งานวิจัย

1. การศึกษาอาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (ผู้วิจัยร่วม)
2. การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการผ่าตัด
(ผู้วิจัยร่วม)
3. การประเมินผลโครงการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ
ลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่

งานอื่นๆ

- วิทยากรบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยโสต คอ นาสิก
- วิทยากรบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วย palliative
- วิทยากรบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ
- การดูแลผู้ป่วยโสต คอ นาสิก
- การดูแลผู้ป่วย palliative

6. นางกานดาศรี ตูลาธรรมกิจ

ตำแหน่ง

-พยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์หน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

-คณะกรรมการเพื่อพัฒนา Palliative Care

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

-วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

ผลงานทางวิชาการ

1.สง่า ลือชาพัฒนพร. เพื่อรอยยิ้มเมื่อสิ้นลม : ประสบการณ์ของ กานดาวศรีตุลา ธรรมกิจ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย, กรุงเทพมหานคร, 2555.

งานอื่นๆ

-เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมิตรภาพบำบัดดีเด่น มูลนิธิมิตรภาพบำบัด จากนายแพทย์ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

-ผู้ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Healthcare Award) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์มหาชน)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

7. นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์

ตำแหน่ง

-หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิชาการ พยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ชัยบุรี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

-พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

-พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลงานทางวิชาการ

- 1.งานวิจัยเรื่อง ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. งานวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของคู่สมรสหลังผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเสียชีวิต
3. งานวิจัยเรื่อง ความผาสุกด้านจิตวิญญาณในการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. งานวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะมารับการรักษา และภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยรังสี

งานอื่นๆ

-วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

-ได้รับรางวัลชมเชยจากงานประชุมวิชาการ พระปกเกล้าวิชาการ ครั้งที่ 10 เรื่อง วิจัยประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะมารับการรักษาและภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยรังสี

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

8. นางพรวิรินทร์ นุตราวังศ์

ตำแหน่ง

-พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 หน่วยงานด้านฝึกอบรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

-ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลกึ่งการุณย์
-ครุศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารก) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
-ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

(NIDA)

ผลงานวิชาการ

1. หนังสือ หัวใจเล็กๆ กับ ปาฏิหาริย์ที่ยิ่งใหญ่

งานอื่นๆ

-วิทยากรการพัฒนาองค์กรและพฤติกรรมบริการ

-วิทยากรการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ/โรคเอดส์/ปัญหาครอบครัว/ปัญหาวัยรุ่น

-วิทยากรการสร้างพลังรัก-เพิ่มพลังสุข

-วิทยากรทางการสร้างจิตสำนึกในงานบริการ

-ได้รับการคัดเลือกให้เป็น 1 ใน 6 ของฮีโร่ที่ทำได้ของกระทรวงสาธารณสุข ในงานมหกรรมวิชาการนวัตกรรมสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี และเป็นหนึ่งในผู้วิ่งถือคบเพลิงกีฬาโอลิมปิก 2008

-ได้รับรางวัลผู้หญิงคิดบวก จากบริษัท OCC มหาชน

-ได้รับโล่ข้าราชการที่ทำความดีของกรุงเทพมหานคร 2551

-ได้รับรางวัลพยาบาลดีเด่น ของสมาคมพยาบาลปี 2553

-ได้รับการคัดเลือก ได้รับรางวัลบัลลังก์คนดี สถานีโทรทัศน์กองทัพบก ช่อง 5

กลุ่มที่ 3: อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาล

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี้อย่างทองประทีป

ตำแหน่ง

-รองศาสตราจารย์ และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

-ประกาศนียบัตรพยาบาล อนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

-พยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

-พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

-Doctor of Science in Nursing, Faculty of Nursing, The University of
Alabama at Birmingham, USA

ผลงานทางวิชาการ

ตำรา

1. ทศนี้อย่างทองประทีป. (2552). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. ทศนี้อย่างทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. ทศนี้อย่างทองประทีป. (2545). พุทธธรรมเพื่อการพยาบาล. กรุงเทพฯ:
เอกพิมพ์ไท.

งานวิจัย

1. Tongprateep, T. (2000). The Essential Elements of Spirituality among
Thai Rural Elders. Journal of Advanced Nursing, 31(1), 197-203.
2. ทศนี้อย่างทองประทีป และคณะ. (2547). ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิต
วิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (เป็นนักวิจัยที่เลี้ยงและผู้ร่วมวิจัย
ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกว.)
3. ทศนี้อย่างทองประทีป, สุณี พนาสกุลการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย:
ประสบการณ์ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเกื้อการุณย์, 13(1),
71-84.
4. สุณี พนาสกุลการ, ทศนี้อย่างทองประทีป และวารุณี แจ่มกระจาย. (2552).
ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง. วารสารเกื้อการุณย์, 16(2), 109-124.

5. ทศนีย์ ทองประทีป และ นุศ ทิพย์แสนคำ. (2553). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ต่อการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า
6. ทศนีย์ ทองประทีป, นุศ ทิพย์แสนคำ และสุณี พนาสกุลการ. (2553). การพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

งานอื่นๆ

การศึกษาดูงานและการประชุมวิชาการ

- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ณ Mt. Olive, Brisbane, Queensland, Australian
- การศึกษาพยาบาลและ Hospice Care ณ Edgewood College, Madison, Wisconsin, USA
- การดูแลแบบประคับประคอง ณ เมือง Savannah, Georgia, USA

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- Spiritual Care and Palliative Care

2. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด

ตำแหน่ง

- อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 28 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล Ambulatory care nursing)
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล)
- Doctor of Philosophy (Nursing)

ผลงานทางวิชาการ

1. จอนฉะจง เพ็งจาด. การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2553.
2. จอนฉะจง เพ็งจาด. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาล. 2546.

งานวิจัย

1. ด้านการศึกษาพยาบาล
2. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง และระยะประคับประคอง

งานอื่นๆ

- กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล

-วิทยากรด้านการพยาบาล

-คณะกรรมการพัฒนาระบบอาสาสมัครมิตรภาพบำบัด สปสส.

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยมะเร็ง

-การพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

-งานวิจัยเชิงคุณภาพ: phenomenology

3. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย

ตำแหน่ง

-รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

-ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล

-ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลงานทางวิชาการ

1. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. ขอนแก่น. 2537
2. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และ เจือจันทน์ เรืองศรี. การพยาบาลผู้ป่วยถึงแก่กรรม ใน การพยาบาลพื้นฐาน. ขอนแก่น. 2538
3. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. ความตายและภาวะใกล้ตาย: การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว. 2543
4. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. พยาบาลจะลดความเศร้าโศกของครอบครัวจากความตาย ของผู้ป่วยเด็กได้อย่างไร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2532

งานวิจัย

1. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และ ดุษฎี มุขสมบัติ. 2540. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุน ทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์.

บทความ

1. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. 2533. เครียดจริงหนอเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ตาย: กลวิธีแก้ไข. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 13 (1): 17-28.
2. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัยและคณะ. 2544. ศักยภาพบิดามารดากับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย: มุมมองที่ควรพิจารณา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 24 (1): 31-43.

3. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัยและคณะ. 2551. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.31 (4): 1-16.

งานอื่นๆ

- ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษา โครงการจัดตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
- วิทยากรในการอบรมทางวิชาการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง เรียนรู้สู่การปฏิบัติ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- วิทยากรบรรยายในโครงการอบรม เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะสุดท้าย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคร้ายแรงและระยะสุดท้ายของชีวิต
- การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- การดูแลเชิงวัฒนธรรม

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ

ตำแหน่ง

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 24 ปี

วุฒิการศึกษา

- Bachelor of Science (Nursing & Midwifery) second class honors, Prince of Songkla University
- Master of Science (Microbiology), Prince of Songkla University
- Doctor of Philosophy (PhD) in Nursing, Florida Atlantic University, USA
- ELNEC Critical Care Trainers. (End of Life Care Education),USA
- Comprehensive Systematic Review Training Program at Chaing Mai
- Part-time student, course “Eastern Philosophy and Theoretical Nursing”
- Training in Post-Operative Care of Open Heart Surgery at Srinakarind

ผลงานทางวิชาการ

Research Grants

1. Thai Nurses’ Experience of Caring for Persons Who Had a Peaceful Death in Intensive Care Units, 2008

2. Nurses' Lived Experience of Caring for Persons With Life-Sustaining Technologies in Intensive Care Settings, Co-investigator, 2009
3. Thai Families' Experience of Caring for the Loved Ones Who Had a Peaceful Death in Intensive Care Units, 2009
4. Experiences of Prayer among Cancer Patients, Co-investigator, 2011
5. Enhancing End-of-Life Home Care System by Using Community Network's Participation, Co-investigator, 2012
6. Nurses' Experience of Caring for Dying in Emergency Department, 2013

บทความ

1. Locsin, R. C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. Nursing in Critical Care, 18(4), 200-211. First online published May 1, 2013
DOI: 10.1111/nicc.12025 (ISI)
2. Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. Nursing in Critical Care, 17(3), 151-159. (ISI)
3. Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who die a peaceful death in intensive care. International Journal of Palliative Nursing, 17(7), 329-336. (SCOPUS)
4. Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' lived experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care units. Nursing Science Quarterly, 24(4), 377 - 384.(ISI)
5. Kongsuwan, W., Locsin, R. C., & Schoenhofer, S. O. (2011). Knowing the occasion of peaceful death in intensive care units in Thailand. Nursing and Health Sciences, 13(1), 41-46. (ISI)
6. Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy, T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: An empirical study. International Journal of Palliative Nursing, 16(5), 241-247. (SCOPUS)
7. Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2010). Aesthetic expressions illuminating the lived experience of Thai ICU nurses caring for persons who had a peaceful death. Holistic Nursing Practice, 24(3), 134-141. (SCOPUS)

8. Locsin, R., Kongsuwan, W., & Nambozi, G. (2009). Ugandan nurses' experience of caring for persons dying from Ebola Hemorrhagic Fever. International Journal for Human Caring, 13(4), 26-32. (CINAHL)
9. Kongsuwan, W. & Touhy, T. (2009). Promoting peaceful death for Thai Buddhists: Implications for holistic end-of-life care. Holistic Nursing Practice, 23(5), 289-296. (SCOPUS)
10. Kongsuwan, W. & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. International Nursing Review, 56(1), 116-122. (ISI)
11. Prompahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011). Nurses' caring behaviors for dying patients in Southern Thailand. Nurse Media Journal of Nursing, 1(2), 147-158. (Indonesia)
12. Kongsuwan, W., & Matchim, Y. (2012). End-of-life decision making: An exemplar story in nursing practice in an ICU. Songklanakarind Journal Nursing, 32(2), 56-68.

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- Critical care
- End of life care
- Qualitative Research
- Technology & Caring

กลุ่มที่ 4: ผู้เชี่ยวชาญด้านการกำหนดนโยบายสุขภาพ

1. นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร

ตำแหน่ง

- รองเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ

แห่งชาติ

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 35 ปี

วุฒิการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต
- Master of Public Health (Health Development)
- Certificate of Proficiency in Preventive Medicine
- Certificate of Proficiency in Family Medicine

ผลงานทางวิชาการ

1. Comparative Study on Health Information System in South East Asia,
1991
2. Equivalence Determination of Qualification and Degrees for Education and Training of Health Professionals in Thailand,
1996
3. Dynamics of the Paramedical Workforce in Thailand, 1998
4. Direction for Production and Development of Pharmacy Technician in the Ministry of Public Health, 1999
5. Direction for Production and Development of Medical Laboratory Technician in the Ministry of Public Health, 1999
6. Recommendations for The Support on Health Promotion Network,
2002
7. Situation of Accidental Injuries in Thailand, 2007

งานอื่นๆ

- Doctoral Degree of Nursing (International Course) on Health System Reform, Nursing Faculty Chiangmai
- WHO-SEARO The Meeting of Experts Health in All Policies in South-East Asia, Bangkok, Thailand, 2012
- Prince Mahidol Award Conference (PMAC), Bangkok, Thailand, 2012
- WHO-SEARO Regional Consultation to Finalize the Framework on Health in All Policies for South-East Asia, Colombo, Sri Lanka, 2013
- WHO-SEARO Regional Consultation on Post 2015 Development Agenda, Bangkok, Thailand, 2013
- Prince Mahidol Award Conference (PMAC), Bangkok, Thailand, 2013

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- Public Policy Facilitater
- Family Madicator

2. นางสาวเรวดี ศิรินคร

ตำแหน่ง

-ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาระบบคุณภาพตามมาตรฐาน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 17 ปี (เฉพาะด้านผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาด้านคุณภาพ)

วุฒิการศึกษา

-ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ)

-ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ผลงานทางวิชาการ

1. สร้างมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล
2. มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

งานอื่นๆ

-วิทยากรบรรยายในการประชุมเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ

-วิทยากรบรรยาย เรื่องมาตรฐานการพยาบาลบูรณาการกันอย่างไร

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

-ด้านการพัฒนาคุณภาพ

3. นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์

ตำแหน่ง

-ผู้อำนวยการแผนงานสนับสนุนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการการแพทย์แผนไทยและระบบสุขภาพชุมชนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

-ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 35 ปี

วุฒิการศึกษา

-เศรษฐศาสตรบัณฑิต-การเงินการคลัง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
-Master of Science การพัฒนาเมืองและชุมชน; Asian Institute of Technology
-Certificate-Planning, Housing&Building; Institute of Housing Study, The Netherlands
-Certificate-Health Insurance System in Japan, JICA

ผลงานทางวิชาการ

1. การศึกษาผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินงาน
2. งานวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ
3. Friendship Support; มิตรภาพบำบัด: ศรัทธาอาลัย 1 ปี ที่จากไป
นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

งานอื่นๆ

- วิทยากรบรรยาย เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ
- วิทยากรบรรยาย เรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพและศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพในหน่วยบริการ
- วิทยากรบรรยาย เรื่องการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การวางแผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่น
- การมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ
- การดูแลผู้ป่วยในชุมชนท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มที่ 5: ผู้นำทางศาสนาและกฎหมาย

1. รองศาสตราจารย์ พิเชฐฐ์ กาลามเกษตร์

ตำแหน่ง

-รองศาสตราจารย์ ภาควิชามนุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (อดีต)

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 33 ปี

วุฒิการศึกษา

- รัฐศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อักษรศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาศาสนาเปรียบเทียบ) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานทางวิชาการ

ตำรา

1. พจนานุกรมศัพท์ศาสนาสากล ไทย-อังกฤษ ราชบัณฑิตยสถาน
2. คณะในทรรศนะของอิสลาม
3. อิสลามกับการดูแลผู้ป่วยในมรณวิถี
4. อิสลามกับการอนุรักษ์ธรรมชาติ
5. คติเรื่องชีวิต และความตายในอิสลาม
6. บรรณาธิการและผู้ร่วมเขียนหนังสือ วิถีชีวิต 5 ศาสนิก ในประเทศไทย (พิมพ์ โดยกรมศาสนา)

งานแปล

1. ชีวิตครอบครัวในอิสลาม
2. ศาสดาแห่งอิสลาม

3. อิสลามและศาสนาอื่น
4. ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ทศนคติของอิสลามที่มีต่อศาสนาจากพระเจ้า
6. พจนานุกรมอังกฤษ-ไทย ฉบับนักเรียน นักศึกษา ของ Collins Cobuild

งานวิจัย

1. งานวิจัยเรื่อง Islamic Revitalization in Southeast Asia: A Case Study of Da' wah in Bukit, Southern Thailand
2. งานวิจัยเรื่อง การประสานความร่วมมือกับผู้สำเร็จการศึกษาจากประเทศมุสลิม (ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล)
3. งานวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรมนุษย์ ระหว่างประเทศไทยกับประเทศมุสลิม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ร่วมกับสถาบันเอเชียศึกษา)

งานอื่นๆ

- กองบรรณาธิการจัดทำนิตยสารมานุกรมศาสนาสาทุก ราชบัณฑิตยสถาน
- ผู้อำนวยการ คณะกรรมการการศาสนาคุณธรรม จริยธรรม ศิลปะและวัฒนธรรม วุฒิสภา
- อนุกรรมการส่งเสริมกิจการศาสนาและศาสนิกสัมพันธ์ในคณะกรรมการการศาสนา
- รองประธานคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในคน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- อิสลามศึกษา
- ศาสนาเปรียบเทียบ
- จริยศาสตร์

2. ศาสนาจารย์ ดร. ชูสิทธิ์พรณ ศรีสุนทร

ตำแหน่ง

- อาจารย์วิทยาลัยพระคริสตธรรมแมคกิลวารี มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 32 ปี

วุฒิการศึกษา

- ปริญญาตรี ปรัชญา-ศาสนา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ปริญญาตรี การแนะแนว มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ปริญญาโท ศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่
- ปริญญาโท ศาสนากับสังคม (การให้คำปรึกษา) Andover Newton Theological Seminary, U.S.A.

-ปริญญาโท การพัฒนาภูมิสังคมอย่างยั่งยืน มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่
 -ปริญญาเอก ศาสนา วัฒนธรรมประเพณีและบุคลิกภาพ Boston University
 School of Theology, U.S.A.

ผลงานทางวิชาการ

1. คุณภาพชีวิตของนักศึกษาเทววิทยา มหาวิทยาลัยพายัพ ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
2. ชีวิตและพันธกิจคริสตจักรในเขตชนบทภาคเหนือ
3. การให้คำปรึกษาแก่สตรีในบริบทภาคเหนือ Pastoral Counseling for Northern Thai woman
4. การให้คำปรึกษาในบริบทภาคเหนือ
5. ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

งานอื่นๆ

- วิทยากรในโรงเรียนสังกัดสภาคริสตจักรในประเทศไทย
- วิทยากรในคริสตจักรต่างๆ สังกัดสภาคริสตจักรในประเทศไทย
- วิทยากรหน่วยงาน เช่น เรือนจำ สถานพินิจ

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การอภิบาลและการให้การปรึกษา

3. พระไพศาล วิสาโล

ตำแหน่ง

- เจ้าอาวาสวัดป่าสุคะโต

วุฒิการศึกษา

- ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลงานทางวิชาการ

หนังสือ

1. พุทธศาสนาไทยในอนาคต: แนวโน้มและทางออกจากวิกฤติ
2. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ ในหนังสือก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย
3. ธรรมะสำหรับผู้ป่วย
4. เผชิญความตายอย่างสงบ
5. เหนือความตาย จากวิกฤติสู่โอกาส
6. สุขกับชีวิต เป็นมิตรกับความตาย
7. ยอมรับความตายด้วยใจสงบ
8. เอาชนะความตายด้วยใจที่ปล่อยวาง
9. ตื่นก่อนตาย
10. ระลึกถึงความตายสบายนัก

11. A Buddhist Approach To Patient Care

งานอื่นๆ

-เป็นวิทยากรโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- การสอนด้านกิจสงฆ์
- การเจริญสติ

4. ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ตำแหน่ง

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 50 ปี

วุฒิการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
- เนติบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- Dr. med มหาวิทยาลัย Bonn , เยอรมัน
- หนังสืออนุมัติสาขานิติเวชศาสตร์ จากแพทยสภา

ผลงานทางวิชาการ

หนังสือ

1. แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี ในหนังสือก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย
2. สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา-สิทธิที่จะตาย ในหนังสือก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย
3. กฎหมายการแพทย์: ความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข
4. กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขกฎหมายสาขาใหม่
5. สิทธิผู้ป่วย
6. สิทธิที่จะตาย
7. จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์
8. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ
9. นิติเวชสารฉบับสิทธิผู้ป่วย

งานอื่นๆ

- ศาสตราจารย์ในวิชานิติเวชศาสตร์
- อาจารย์พิเศษในมหาวิทยาลัย
- วิทยากรในการประชุมวิชาการ
- คณะกรรมการช่วยยกร่างกฎหมาย มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.)

สุภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

- กรรมการกฤษฎีกาคณะ 10

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

- กฎหมายการแพทย์
- จริยศาสตร์
- นิติเวชศาสตร์
- กฎหมายวิชาชีพ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/0283



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดาริน จตุรภัทรพร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพิไลพร สุขเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดระบบบริการพยาบาลแบบระดับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ โทร. 084-0642-125

ที่ ศร 0512.11/0283



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพิไลพร สุขเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ปัทมา โภมทุบุตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
2. นางสาวลดารัตน์ สากินันท์ พยาบาลวิชาชีพ ระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
3. นางวราภรณ์ วิชาสงศ์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ประสานงานศูนย์การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

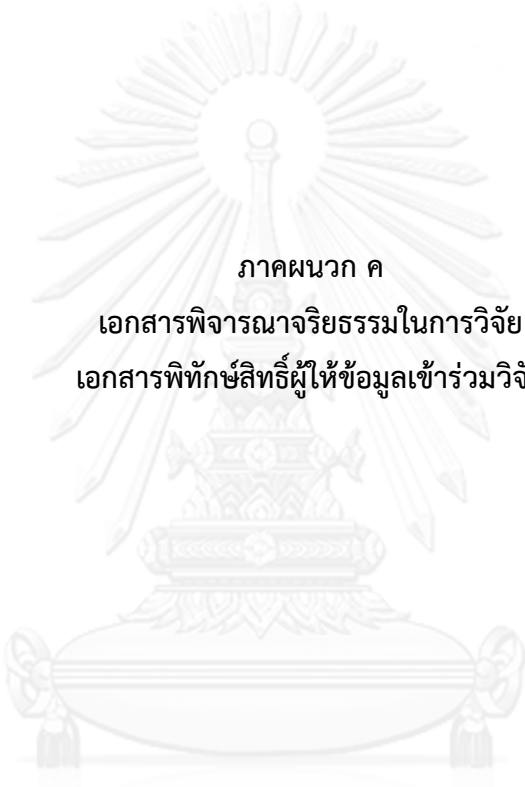
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ปัทมา โภมทุบุตร, นางสาวลดารัตน์ สากินันท์ และ นางวราภรณ์ วิชาสงศ์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวพิไลพร สุขเจริญ โทร. 084-0642-125



ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย
เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคดีที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

AF 01-12

COA No. 182/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 147.1/55 : การจัดระบบบริการพยาบาลแบบประทับประคองในโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพิไลพร สุขเจริญ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคดีที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 ธันวาคม 2555

วันหมดอายุ : 10 ธันวาคม 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย..... 147.1/55
วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555
วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556

เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจรรยาบรรณ หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิไลพร สุขเจริญ (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถนน
สมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकโคโต เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600
(ที่บ้าน) หอพักพยาบาล 11 ชั้นหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถนน
สมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकโคโต เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4752546 โทรศัพท์มือถือ 084-0642125

E-mail Address: pilaipom.navynurse@gmail.com

- ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการพยาบาลแบบ
ประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระยะ
สุดท้ายและครอบครัว กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถาม
ข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจน ได้ตลอดเวลา
- โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อศึกษาการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการใช้เทคนิคเคสฟายในการหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้
ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญเฉพาะที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งท่าน
เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยเหตุนี้ จึง
จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่อง การจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองใน
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่พึงประสงค์
- ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คน
ประกอบด้วย 1) แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลหรือสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
แบบประคับประคอง จำนวน 3 คน 2) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับผู้
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 8 คน
3) อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ
ประคับประคอง จำนวน 3 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญในนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ

เลขที่โครงการวิจัย..... 147-1/55
วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555
วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556



AF 04-07

ระดับประคอง จำนวน 2 คน 5) กลุ่มผู้นำทางศาสนา จำนวน 3 คน และนักกฎหมายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 คน

5. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัยด้วยการใช้เทคนิคเดลฟายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญในการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คน มีการสำรวจความคิดเห็นโดยให้ท่านพิจารณาว่าในแต่ละข้อรายการที่กล่าวถึงมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ที่จะนำมาใช้กำหนดการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ

7. เมื่อท่านยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กรุณาตอบแบบสำรวจข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยซึ่งมีทั้งหมด 3 รอบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ท่าน พร้อมทั้งทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามลักษณะแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้เวลาประมาณท่านละ 30-45 นาที และหากท่านมีข้อคิดหรือคำถามที่จะตอบ ท่านสามารถเว้นไม่ตอบแบบสอบถามข้อนั้นได้ สำหรับเสียงที่ได้ทำการบันทึกขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลและเสียงที่ได้บันทึกภายหลังจากวิจัยทันที

รอบที่ 2 ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านในรอบที่ 1 และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามภายใต้ความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยเป็นแบบสอบถามลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรายด้าน ซึ่งในแต่ละด้านของการจัดระบบบริการพยาบาลประกอบด้วยรายด้านย่อย พร้อมช่องว่างหากท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้ท่านกรุณาใส่แบบสอบถามในซองสีน้ำตาลที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองสำหรับใส่แบบสอบถามพร้อมติดตราไปรษณียากรไว้แล้ว และขอความกรุณาท่านส่งแบบสอบถามการวิจัยกลับทางไปรษณีย์ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม และขออนุญาตทางตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่นัดไว้

รอบที่ 3 ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยท่านจะได้รับทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และมีโอกาสทบทวนคำตอบจากการตอบ

เลขที่โครงการวิจัย..... 147 1/55
วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555
วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556



AF 04-07

แบบสอบถามในรอบที่ 2 ท่านอาจเขียนบันทึกคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ แต่หากคำตอบที่เปลี่ยนแปลงอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อนั้น ขอความกรุณาท่านแสดงเหตุผลข้อนั้น ๆ ประกอบเพิ่มเติมด้วย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จ ขอให้ท่านกรณาส่งแบบสอบถามในซองสีน้ำตาลที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองพร้อมติดตราไปรษณียากรไว้แล้ว และขอความกรุณาท่านส่งแบบสอบถามการวิจัย กลับทางไปรษณีย์ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม และขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกิดเวลาที่นัดไว้

รวมเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 3 รอบ โดยผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาผู้เข้าร่วมวิจัยในการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ประมาณ 30-45 นาที และเป็นการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามรอบละ 30 นาที สำหรับสถานที่ในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน ตามที่ท่านได้กำหนดเป็นหลัก ส่วนแบบสอบถามรอบที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยจะทำการจำหน่ายของติดแสตมป์ให้ผู้วิจัยให้เรียบร้อยแล้ว เพื่อรบกวนเวลาของท่านให้น้อยที่สุด ทั้งนี้หากข้อมูลเปลี่ยนแปลงเกินร้อยละ 20 จะต้องอาจมีการขอรบกวนเวลาของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 4, 5 ต่อไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลไม่เกินร้อยละ 20 จึงจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

8. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อใช้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการนำแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคองประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไปใช้วางแผนจัดการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับองค์กรพยาบาลต่อไป

9. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมโดยติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวพิไลพร สุขเจริญ ได้ตลอดเวลา หมายเลข 084-0642125 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-สกุลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่าง รวมไปถึงเสียงที่ได้ทำการบันทึกขณะสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลและเทปภายหลังจากการวิจัยทันที สำหรับผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... 147.1/55
วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555
วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556



AF 04-07

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการวิจัยและ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2
ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147

โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... 147 1/5

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555

วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิไลพร สุขเจริญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ที่อยู่ติดต่อ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์มือถือ 084-0642125

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ รวมถึงประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ สำหรับวิธีการเก็บข้อมูล ในรอบแรกจะเป็นการสัมภาษณ์พร้อมทั้งมีการบันทึกเสียง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที สำหรับรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จะเป็นการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามรอบละ 30 นาที โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามกลับเป็นระยะเวลารอบละ 2 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกแสดงไว้ในภาคผนวกรายนามผู้เชี่ยวชาญ ส่วนข้อมูลในการบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้คำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

เลขที่โครงการวิจัย..... 147. 1/55

วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555

วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556



AF 05-07

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147, 02-218-8141 โทรสาร 02-218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย..... 141-115

วันที่รับรอง..... 11 S.A. 2555

วันหมดอายุ..... 10 S.A. 2556

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิไลพร สุขเจริญ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)


ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รศ.นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ จำนวน 1 ชุด

2. แบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวพิไลพร สุขเจริญ นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ การวิจัยนี้ใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นวิธีการวิจัยที่ได้ข้อมูลจากการนำความคิดเห็นของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ จนได้เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่สอดคล้องกับ บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย และในการทำวิจัยครั้งนี้จะรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ โดยรอบแรกเป็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และในรอบที่ 2 และ 3 จะเป็นการตอบแบบสอบถาม สำหรับ สถานที่ในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน ตามที่ท่านได้ กำหนดเป็นหลัก โดยผู้วิจัยจะทำการจำหน่ายของแบบสอบถามติดแสตมป์ถึงผู้วิจัยไว้เรียบร้อยแล้ว เพื่อรบกวนเวลาของท่านให้น้อยที่สุด

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ และขอความกรุณาท่าน ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ และขอรับรองว่า จะไม่มีการเปิดเผยคำตอบ หรือมีผลเสียต่อท่านแต่ประการใด คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการได้มาซึ่งแนวทางในการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

หมายเหตุ ดิฉันจะติดต่อมาอีกครั้ง ในเรื่องการนัด วัน เวลา และสถานที่ที่ท่านสะดวก เพื่อ รับข้อเสนอแนะ และ จะส่งหนังสือเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นทางการจากคณะตามมา ภายหลัง หากท่านมีข้อเสนอแนะหรือข้อขัดข้องประการใด สามารถติดต่อดิฉันได้ตลอดเวลา ทาง เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ นางสาวพิไลพร สุขเจริญ 084-0642125 Email address: Pilaiporn.navynurse@gmail.com อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ โทร. 089-814002

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในยุคปัจจุบันเพื่อหาคำอธิบาย ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเชิงทักษะความรู้ และเจตคติ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการคัดเลือกและพัฒนาาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งนี้ยังสามารถนำไปเป็นข้อมูลให้กับสถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพในการจัดการศึกษา ฝึกอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสามารถนำไปต่อยอดองค์ความรู้ ในแง่ของการวิจัยเพื่อสร้างเป็นแบบประเมินระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นการบูรณาการแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009), World Health Organization (2012), Worldwide Palliative Care Alliance (2012) ได้เป็นระบบบริการพยาบาลเบื้องต้นจำนวน 7 ด้าน โดยมีรายละเอียดของข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 7 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบคำถามปลายเปิด | จำนวน 3 ข้อ |

หากท่านผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ของท่านได้อย่างอิสระ และผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงที่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1
เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ”

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการกำหนดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

1. ชื่อ – สกุล.....

2. ตำแหน่ง.....

3. หน่วยงาน.....

4. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี

5. วุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี – ปัจจุบัน

6. ผลงานและรางวัลต่างๆที่ได้รับ

- ผลงานทางวิชาการ

- งานวิจัย

- งานอื่นๆ(เช่นงานบริการวิชาการ/การเป็นวิทยากร เป็นต้น)

7. ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

ส่วนที่ 2: แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1

แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จากนั้นนำความคิดเห็นทั้งหมดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 โดยมีคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์รอบที่ 1 จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

1. จากประสบการณ์การทำงานของท่าน ท่านคิดว่าระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ควรีระบบที่จำเป็นด้านใดบ้าง

.....

.....

2. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละด้าน ควรจะประกอบด้วยรายการย่อยอะไรบ้าง

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

กราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง
นางสาวพิไลพร สุขเจริญ
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผศ. พญ. ดาริน จตุรภัทรพร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

2. แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวพิไลพร สุขเจริญ นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ การวิจัยนี้ใช้เทคนิคเดลฟาย มี จุดมุ่งหมายเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์หรืออาจารย์ แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลหรือสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาล วิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแล แบบประคับประคอง อาจารย์พยาบาลหรือนักวิชาการพยาบาลที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวข้องกับการ ดูแลแบบประคับประคอง ผู้เชี่ยวชาญในนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้นำทางศาสนาและกฎหมายที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ ประคับประคอง เป็นการแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยการให้คำแนะนำข้อความตามความคิดเห็น ความคิดเห็นของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย แต่จะนำมาเป็น ข้อมูลในการพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการได้มา ซึ่งองค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ และขอความกรุณาท่าน ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ และขอความกรุณาท่าน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในรอบนี้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ทำการจำหน่ายซอง แบบสอบถาม ติดแสตมป์ถึงผู้วิจัยไว้เรียบร้อยแล้ว เพื่อเป็นการรบกวนเวลาของท่านให้น้อยที่สุด

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอบคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

หมายเหตุ ดิฉันจะติดต่อมาอีกครั้ง ในเรื่องการนัด วัน เวลา และสถานที่ที่ท่านสะดวก เพื่อรับ ข้อเสนอแนะ และ จะส่งหนังสือเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นทางการจากคณะตามมาภายหลัง หากท่านมี ข้อเสนอแนะหรือข้อขัดข้องประการใด สามารถติดต่อดิฉันได้ตลอดเวลา ทางเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ นางสาวพิไลพร สุขเจริญ 084-0642125 Email address: Pilaiporn.navynurse@gmail.com อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 089-814002

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

1. กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยการกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

2. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยความหมายของระดับความคิดเห็น กำหนดเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมบูรณาการกับผลที่ได้จากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งหมด 9 ด้าน รวม 73 รายการย่อย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ
2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ 9 ข้อ
3. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร 8 ข้อ
4. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 9

ข้อ

5. ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา 7 ข้อ
6. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 8 ข้อ
7. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย 8 ข้อ
8. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย 8 ข้อ
9. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย 8 ข้อ

4. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิดังกล่าวข้างต้นสามารถปรับแก้ไขได้ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในช่องเสนอแนะ

5. เพื่อความตรงของผลการศึกษา ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ไม่ควรห่างกันมากนัก จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ นับจากได้รับแบบสอบถามฉบับนี้ ความคิดเห็นของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย แต่จะนำมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เพื่อหาความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แบบสอบถามรอบที่ 2

เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ”

คำชี้แจง

โปรดกาเครื่องหมายโดยการกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน โดยความหมายของระดับความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม							
1.1	จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้างบรรยากาศที่เหมือนบ้านของผู้ป่วย มีความร่มรื่น ปลอดภัย และเข้าใจกับธรรมชาติ						
.....						
2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ							
2.1	กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพื่อรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ						
.....						
3. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร							
3.1	กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้าร่วมอบรมกับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ						
.....						
4. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว							
4.1	กำหนดมาตรฐานการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล สร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ และการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต						
.....						
5. ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา							
5.1	กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับแพทย์ในการเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้น โดยดูจากความรุนแรงของความปวดเป็นหลักร่วมกับสภาวะอื่นๆของผู้ป่วย โดยเมื่อไม่สามารถคุมความปวดได้ดีพอสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวด						
.....						

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
6. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ							
6.1	กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดให้ทีมสหวิชาชีพเป็นกลุ่มที่บอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์และช่วงเวลาที่สำคัญ						
.....						
7. ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย							
7.1	กำหนดนโยบายให้มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล						
.....						
8. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย							
8.1	กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ในการให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจที่จะใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ การตัดสินใจร่วมกันต่อแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และการนำเครื่องมือทางการแพทย์ออกจากร่างกายของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวลงลายมือชื่อไว้						
.....						
9. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย							
9.1	กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสำคัญ						
.....						

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

เรียน รศ.ดร.ทัศนีย์ ทองประทีป

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวพิไลพร สุขเจริญ นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ การวิจัยนี้ใช้เทคนิคเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 กลุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 3 โดยแบบสอบถามในรอบนี้ได้สร้างมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 ซึ่งได้มีการแสดงค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมของผู้เชี่ยวชาญที่แสดงถึงระดับความสำคัญของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และแสดงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่แสดงถึงข้อมูลความสอดคล้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แสดงการให้คำแนะนำหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในกรณีที่ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและท่านยืนยันคำตอบเดิม ซึ่งความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และการได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ และขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ และขอความกรุณาท่านใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในรอบนี้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ทำการจำหน่ายของแบบสอบถาม ติดแสตมป์ถึงผู้วิจัยไว้เรียบร้อยแล้ว เพื่อเป็นการรบกวนเวลาของท่านให้น้อยที่สุด

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

หมายเหตุ นางสาวพิไลพร สุขเจริญ 084-0642125 Email address: Pilaiporn.navynurse@gmail.com
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ โทร. 089-8140021

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาโทสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมาย 2 ประการคือ

ประการที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละด้าน เพิ่มเติมจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 ซึ่งรวบรวมได้จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ประการที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้นำคำตอบที่ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มาพิจารณาอีกครั้งว่าท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นใหม่

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่านเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่าน เห็นว่ามีความจำเป็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ตั้งแต่ 4.50 ถึง 4.73 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1.0 โดยมีความสอดคล้องกันจำนวน 66 ข้อ และยังมีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันจำนวน 7 ข้อ โดยแบบสอบถามในรอบที่ 3 ครอบคลุมระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้งหมด 9 ด้าน รวม 66 รายการย่อย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการจัดสิ่งแวดลอม 5 ข้อ
2. ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ 9 ข้อ
3. ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล 7 ข้อ
4. ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 7 ข้อ
5. ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา 7 ข้อ
6. ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 7 ข้อ
7. ด้านการวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วย 8 ข้อ
8. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย 9 ข้อ
9. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย 7 ข้อ

3. เมื่อได้พิจารณาแต่ละข้อแล้ว ขอความกรุณาให้ท่านกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยความหมายของระดับความสำคัญเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) กำหนดเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อความนั้น มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด

4. เพื่อความสมบูรณ์ของผลการวิจัย ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และในกรณีที่ความคิดเห็นของท่านในรอบนี้อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งหมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในรอบนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 23 คน ผู้วิจัยใคร่ขอรับทราบเหตุผลของท่าน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ได้โปรดตอบแบบสอบถามฉบับนี้และตอบกลับภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์นับจากได้รับแบบสอบถามฉบับนี้ ความคิดเห็นของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย แต่จะนำมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาพร้อมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ จากการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาทั้ง 2 รอบที่ผ่านมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเป็นอย่างสูงที่กรุณาสละเวลาจากภารกิจของท่าน เพื่อการศึกษาในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวไพไลพร สุขเจริญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คำชี้แจงที่นำเสนอในแบบสอบถามรอบที่ 3

ค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ ได้จากการนำข้อมูลจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ซึ่งประกอบด้วย

- 1.ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ X
- 2.ค่ามัธยฐาน (Median)ซึ่งเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 23 ท่าน ใช้สัญลักษณ์

● ค่ามัธยฐาน (Median) แต่ละระดับ หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในด้านนั้น เป็นระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.51 – 5.00 = ระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.51 – 4.50 = ระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.51 – 3.50 = ระดับความสำคัญปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.51 – 2.50 = ระดับความสำคัญน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 – 1.50 = ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 – Q1) เป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 23 ท่าน ใช้แทนด้วยสัญลักษณ์ ดังนี้ []

การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 – Q1)

ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่าน มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ สอดคล้องกัน

ค่ามากกว่า 1.00 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่าน มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ ไม่สอดคล้องกัน

การแปลความหมายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3 – Q1)

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต [] หมายความว่า ความคิดเห็นของท่าน สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่าน

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขต [] หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่ สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่าน

ขอกราบขอบพระคุณในความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญเป็นอย่างสูง

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตัวอย่าง

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลแบบ ระดับประคองในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ	ระดับความสำคัญ					คำตอบของผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1. การจัดระบบบริการพยาบาลแบบระดับประคองด้านการจัดสิ่งแวดล้อม									
1.1	การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ เงียบสงบ		X	[]			4.59	0.86	
1.2	การจัดสถานที่ให้มีเสียงรบกวน น้อยที่สุด		[]	●			4.97	0.53	

การแปลความหมายข้อ 1.1

1. ค่ามัธยฐาน (●) = 4.59 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบระดับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิด้าน “การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เงียบสงบ” สำคัญต้องมีในระดับมากที่สุด

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3 - Q1$) = $4.86 - 4.00 = 0.86$ หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความ “การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เงียบสงบ” นั้นมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3. เครื่องหมาย X หมายถึง ระดับความสำคัญของท่านในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ได้ให้ระดับความสำคัญเท่ากับ 5

4. ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงระดับความสำคัญเดิม คือ 5 (เครื่องหมาย /) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่า ($Q3 - Q1$) ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดให้เหตุผลประกอบด้วย

การแปลความหมายข้อ 1.2

1. ค่ามัธยฐาน (\bullet) = 4.97 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิด้าน “การจัดสถานที่ให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด” สำคัญต้องมีในระดับมากที่สุด

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3 - Q1$) = $5.24 - 4.71 = 0.53$ หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความ “การจัดสถานที่ให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด” นั้นมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3. เครื่องหมาย X หมายถึง ระดับความสำคัญของท่านในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ได้ให้ระดับความสำคัญเท่ากับ 4

4. ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้หากท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบและยังคงระดับความสำคัญเดิม คือ 4 ขอความกรุณาให้ท่านกาเครื่องหมาย(/) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่า ($Q3 - Q1$)ในกรณีนี้ท่านไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผลประกอบ เนื่องจากผลสรุปคำตอบของท่านในรอบนี้มีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ	ระดับความสำคัญ					คำตอบของ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
8. ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย									
8.1	กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยกับครอบครัว และ ทีมสหวิชาชีพ ในการให้ความ เคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย และญาติในการตัดสินใจที่จะใส่/ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และการ ตัดสินใจร่วมกันต่อแนวทางการ รักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระ สุดท้ายของชีวิต	[] x	•				4.66	0.38	
.....								
9. ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย									
9.1	กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสห วิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการ ใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่ จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายอย่างเหมาะสม	[] x	•				4.61	0.63	
.....								



ภาคผนวก จ
คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรายชื่อ

ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	ข้อเสนอแนะ
<p>1.1 จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการสร้างบรรยากาศที่เหมือนบ้านของผู้ป่วย มีความร่มรื่น ปลอดภัย และเข้าถึงกับธรรมชาติ</p>	<p>1. โรงพยาบาลตติยภูมิมีอาคารหนาแน่น พื้นที่จำกัด ในทางปฏิบัติทำได้ยาก ประกอบกับหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยแออัดทำให้มีอุปสรรคในการจัด 2. ร่มรื่นอาจทำได้ยากในตติยภูมิ ควรจัดแค่สงบและให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล</p>
<p>1.2 จัดห้องแยกหรือสถานที่เป็นสัดส่วนที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นส่วนตัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาซึ่งกันและกัน มีบุคคล/เสียงเครื่องมือทางการแพทย์/แสงไฟรบกวนน้อยที่สุด มีอากาศถ่ายเท และไม่มีกลิ่นรบกวน</p>	<p>1. ควรจัดห้องแยกหรือสถานที่ โดยเฉพาะที่ห้องฉุกเฉิน 2. ถ้าผู้ป่วยอยู่ตึกสามัญ อาจจะจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนได้ยาก เสียงรบกวนอาจจะมีได้บ้าง เพราะเราไม่อาจควบคุมผู้ป่วยได้หมดทุกเตียง 3. ปรับคำถามเป็น จัดห้องแยกหรือสถานที่เป็นสัดส่วน สงบและเป็นส่วนตัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาซึ่งกันและกัน (มีบุคคล/เสียงเครื่องมือทางการแพทย์/แสงไฟรบกวนน้อยที่สุด)</p>
<p>1.3 จัดคลินิกเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัย ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>	<p>1. อุปสรรคอยู่ที่แพทย์เจ้าของไข้ไม่ส่งcase เข้าคลินิก แต่ที่ได้ผลเป็น extended service ของ pain clinic 2. ข้อนี้อาจไม่ใช่ด้านสิ่งแวดล้อม แต่เห็นด้วยควรมี (ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล) ควรมีการตรวจติดตามอาการในผู้ป่วยนอกจนถึงผู้ป่วยใน จนถึงวาระสุดท้ายทั้งในรพ.และที่บ้าน</p>
<p>1.4 จัดมุมหรือห้องพักที่เอื้อให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายอิริยาบถจากการดูแลผู้ป่วย และจัดระเบียบการเยี่ยมโดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติอยู่กับผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตลอดเวลา</p>	<p>1. บริเวณที่พักผู้ป่วย ควรมีต้นไม้ สระน้ำ และมีที่พักผ่อนให้ญาติ 2. ควรจัดมุมให้มีสัดส่วนและต้องไม่พลุกพล่านจนขาดความสงบ 3. ควรให้มี nurse ที่เป็น palliative care คอยให้คำแนะนำและดูแลช่วยเหลือ</p>

ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	ข้อเสนอแนะ
1.5 จัดห้องที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา โดยจัดหาหนังสือและสื่อที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ เช่น เทปเสียงบรรยายธรรมะ และบทกล่าววโหสิกรรม ตลอดจนการอนุญาตให้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การมีห้องเฉพาะอาจไม่จำเป็นเท่าการอนุญาตให้ประกอบพิธีตามความเชื่อ 2. ไม่จำเป็นต้องจัดห้องต่างหาก โดยอาจจะไม่เหมาะสมสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. สำหรับกรณีผู้ป่วยที่เดินได้การมีห้องเป็นสัดส่วนดี แต่ถ้าเดินไม่ได้อยู่รวมกันหลายเตียงควรทำอย่างไร
1.6 กำหนดตัวชี้วัดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้ตัวชี้วัดอาจเป็นเพียงการบังคับให้ต้องทำ ดูแข็ง และยังไม่ทราบว่า จะตั้ง KPI ว่าอะไร 2. ข้อนี้ไม่จำเป็นในมุมมองคิดว่าควรตัดออก เพราะมองเห็นด้วยสายตาอยู่แล้ว การเก็บ KPI เป็น workload 3. ควรระบุค่าตัวชี้วัด มีอะไรบ้างที่เป็นมาตรฐาน
1.7 การประเมินผลลัพธ์ด้านการจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียงผู้ป่วย และการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลลัพธ์ไม่ชัดเจน มีการประเมินอะไร อย่างไร 2. ในหัวข้อสิ่งแวดล้อม เอาเป็นเชิงระบบนิเทศกำกับ เนื่องจาก การประเมินควรเป็นลักษณะนิเทศ เพื่อการตอบสนอง 3. การประเมินผลลัพธ์ หมายถึงความพึงพอใจ
ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ	ข้อเสนอแนะ
2.1 กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพื่อรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามเป็น กำหนดนโยบายให้มีทีมสหวิชาชีพสำหรับพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (เพื่อรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายที่มีมาตรฐาน 2. แนวนโยบายดี แต่กลยุทธ์ในการดำเนินงานต้องรู้ขอบเขตของงานแต่ละทีม ควรมีการเชื่อมโยงและประสานงาน เพื่อเกิดความต่อเนื่องของการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวม

ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ	ข้อเสนอแนะ
<p>2.3 การจัดทีมสหวิชาชีพหลักสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ และ/หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำศาสนา และอาสาสมัคร</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. รูปแบบนี้เหมาะกับรพ.ขนาดเล็ก เพราะโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมาก การมีทีมหลักทีมเดียวที่รับ consult ทั้งรพ.ทำได้ยาก 2. เพิ่มนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาจรวมถึงอาสาสมัครผู้ป่วยที่รอดชีวิตด้วย ตามสภาพการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย
<p>2.6 สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่คุ้นเคยกับผู้ป่วย และสนใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรทางการแพทย์ที่คุ้นเคย หมายถึงรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อนใช่หรือไม่ ไม่ชัดเจน 2.ปรับคำถามเป็น การดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและตระหนักในการเป็นสมาชิกของทีมผู้ดูแล
<p>2.7 ส่งเสริมให้บุคคลภายนอกที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอาสาสมัคร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามเป็น ส่งเสริมให้บุคคลภายนอกที่สนใจเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เข้ารับการอบรมให้สามารถเป็นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง 2. ควรต้องถามความสมัครใจของผู้ป่วยก่อน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องการพักผ่อนมากๆ
<p>2.9 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามเป็น ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพด้วยระบบที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 2. มีการติดตามและประเมิน ความสุขหรือความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และประเมินปัญหาและอุปสรรค และโอกาสพัฒนาในการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ
ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร	ข้อเสนอแนะ
<p>3.1 กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้าร่วมอบรมกับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรมีการประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่ก่อน

ด้านการเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร	ข้อเสนอแนะ
3.2 จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เห็นด้วยว่าบุคลากรควรได้รับการอบรม แต่ในภาวะการณ์ขาดแคลนบุคลากรทั้งในการทำงานและบุคลากรที่มีความรู้ด้าน palliative care การกำหนดปีละครั้ง จะมีความเป็นไปได้หรือไม่ 2. ควรมีการฝึกอบรมให้บุคลากรทุกคนที่อยู่ในหอผู้ป่วย ที่มีผู้ป่วยประเภทนี้
3.3 จัดประชุมทางวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลระยะสุดท้าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรให้ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ และจิตอาสา ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วย 2. ควรมีการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงดูแลใกล้ชิด
3.4 จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ได้พบกับผู้ป่วยคนอื่นที่เจ็บป่วยจากโรคเดียวกันหรือโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกต่อกัน และมีการจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัว และญาติ เพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยผู้ป่วย/อาสาสมัคร เข้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย 2. การจัดทำเป็น workshop ให้ incentive กับ role model น่าจะได้ผลกว่าคู่มือ เพราะเป็นการเสริม self efficacy
3.7 กำหนดกรอบของผลลัพธ์ด้านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรและผู้บริหาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรมีการกำหนดกรอบของผลลัพธ์ ด้านทักษะและความรู้ และ ด้านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้ 2. ผลลัพธ์คืออะไร ไม่ชัดเจน
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	ข้อเสนอแนะ
4.1 กำหนดมาตรฐานการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล สร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามเป็น กำหนดมาตรฐานการดูแล สร้างแนวปฏิบัติในการดูแลโดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต 2. ปรับคำถามจาก สร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เป็น สร้างแนวทางการดูแล และสิ่งที่ต้องทำ

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	ข้อเสนอแนะ
	3. บทบาทของพยาบาล/สหวิชาชีพ ควร มีมาตรฐานในการปฏิบัติ ได้แก่ มาตรฐานในการประเมิน และการดูแล
4.2 กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยให้บรรเทาจากความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การส่งเสริมการพักผ่อน และการใช้ยาบรรเทาปวดทุกชนิด	1. ขอบเขตกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนคืออะไร คำถามไม่เข้าใจ เนื่องจาก เป้าหมายคือ reduce pain and suffering แต่ยกตัวอย่าง เป็น ทำความสะอาดร่างกาย ดูเป็น basic nursing care 2. เห็นด้วยกับการ train ให้ advance nurse มี competency เรื่องใช้ยา system control และปรับคำถามให้เป็นเรื่องการดูแลที่เน้นเรื่อง pain
4.3 กำหนดเครื่องมือประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หรือเสียชีวิต	1. ประเมินอะไร เพื่ออะไร ควรระบุให้ชัดเจน 2. ปรับคำถามเป็น กำหนดให้มีการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่จำเป็นตามมาตรฐานการดูแล แต่ไม่ควรเป็นภาระมาก 3. มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ว่าทราบหรือไม่เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยยอมรับหรือปฏิเสธหรือไม่ หรือห้ามบอกใคร โดยควรจะเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1. คัดกรองผู้ป่วยที่มี palliativ care need ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย 2. ประเมินเมื่อคัดกรองผู้ป่วยแล้ว เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางของ HA และ JCI
4.9 ติดตามประเมินผลแต่ละขั้นตอนของการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการประเมินผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองที่เหมาะสม	1. ใครเป็นผู้ประเมิน เพราะผู้ให้บริการประเมินเองไม่ได้ 2. ปรับคำถามเป็น การประเมินผลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยในการให้การพยาบาลติดตามประเมินผลแต่ละขั้นตอนของการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการประเมินผู้ป่วย ครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองที่เหมาะสม 3. มี

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	ข้อเสนอแนะ
	<p>การประเมินผลโดยการส่งแบบสอบถาม เพื่อประเมินการรับรู้ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วประมาณ 3-4 อาทิตย์</p> <p>4. การประเมินแต่ละตอนอย่างละเอียดเป็นการเพิ่มภาระงาน ไม่จำเป็นต้องทำทุกขั้นตอน ควรปรับเป็นการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเวลาต่างๆ โดยเฉพาะหลังการสูญเสีย เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้ทำด้วยใจ</p>
ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา	ข้อเสนอแนะ
<p>5.1 กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับแพทย์ในการเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้น โดยดูจากความรุนแรงของความปวดเป็นหลักร่วมกับสภาวะอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยเมื่อไม่สามารถคุมความปวดได้ดีพอสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้นเป็นบทบาทของแพทย์ และมีแนวปฏิบัติของ WHO อยู่แล้ว 2. ทำไม่มีแต่เรื่องปวด 3. ควรปรับคำถาม โดยตัดข้อความบางส่วนออก ได้แก่ โดยเมื่อไม่สามารถคุมความปวดได้ดีพอสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวด เพราะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานอยู่แล้ว 4. ถ้าหมายถึงการมีส่วนร่วมสร้าง guide line .ในการให้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยระยะประคับประคอง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<p>5.2 กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ตลอดจนการจัดเตรียมยาบรรเทาปวดที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยไว้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น ยามอร์ฟีนชนิดรับประทานและยาเฟนทานิลชนิดแปะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามเพิ่มเติม เป็น และยาเฟนทานิลชนิดแปะ เป็นต้น 2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ควรเป็นจุดบริการยาแก้ปวดให้กับลูกข่าย
<p>5.4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้ปรับปรุงระบบบันทึกทางการแพทย์ โดยบันทึกแผนการรักษาพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้งเมื่อมีการใช้ยาบรรเทาปวด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรประยุกต์เข้ากับ Electronic medical record และ flow บริการ เช่น ระบบการสั่งยา 2. ปรับคำถามเป็น สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการบันทึกการให้ยาใน

ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา	ข้อเสนอแนะ
	<p>แบบบันทึกทุกครั้ง</p> <p>3. ควรมีการส่งเสริมการใช้การบรรเทาอาการต่างๆ บรรเทาอาการรบกวนโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปวด คลื่นไส้</p>
<p>5.5 จัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด และคู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด</p>	<p>1. ควรประยุกต์เข้ากับ flow บริการ เช่น ระบบการสั่งยา เนื่องจากคู่มือที่พิมพ์เป็นเล่มมักโดนใช้น้อย</p> <p>2. ปรับคำถามเป็น จัดทำคู่มือการใช้ยาบรรเทาปวด คู่มือการประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด</p> <p>3. การใช้ยาเป็นบทบาทของพยาบาล แต่คำถามให้ยาเป็นบทบาทของแพทย์ การเขียนต้องระมัดระวังไม่ก้าวล่วงวิชาชีพ</p>
<p>5.7 ประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาบรรเทาปวด รวมไปถึงการติดตาม/ควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวดที่ใช้กับผู้ป่วย</p>	<p>1. ควรมีระบบการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา / ควบคุมอาการอื่นๆ</p>
ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	ข้อเสนอแนะ
<p>6.1 กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดให้ทีมสหวิชาชีพเป็นกลุ่มที่บอกความจริงและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์และ ช่วงเวลาที่เหมาะสม</p>	<p>1. ทีมสหสาขากว้างมาก ควรกำหนดว่าเป็นใครบ้าง เช่น การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของแพทย์ต้องมีพยาบาลร่วมทีมด้วย</p> <p>2. ควรเป็นนโยบายการวางแผนล่วงหน้าในการดูแลรักษา (Advance care plan) โดยควรยกไปข้อ 5.2 หรือค้นหาข้อมูล advance care plan เพราะหลายๆข้อที่กำกับเข้ากับ advance care plan</p> <p>3. ปรับคำถามเป็น กำหนดนโยบายร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยกำหนดให้ทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์เป็นหัวหน้าทีมที่บอกความจริงและแจ้งข่าวร้าย</p> <p>4. ควรกำหนดว่า แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ที่ให้</p>

ด้านการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพ	ข้อเสนอแนะ
	การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ใช้ คำว่าทีม จะยาก และเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจ ผู้ป่วยจะคุ้นเคยและบอกความต้องการของตนเองเพิ่มเติม
6.2 กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ และมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามจาก มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็น มีการประชุมปรึกษา เพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 2. การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ ในแนวคิดเชื่อว่าดีมากแต่ในทางปฏิบัติคิดว่ายาก เพราะแต่ละทีมมีงานมากและว่างไม่พร้อมกัน
6.3 พัฒนาทักษะการสื่อสารในการเป็นนักฟังที่ดี การรับฟังความคิดเห็น และการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ รวมไปถึงการจัดทำคู่มือเรื่องการให้คำปรึกษาและการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามจาก การจัดทำคู่มือเรื่องการให้คำปรึกษาและการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็น การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการให้คำปรึกษาและการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. ควรมีการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้กับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ 3. การแจ้งข่าวร้ายควรเป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้
6.4 สนับสนุนให้เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่น ให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ หรือหาโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยเพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. คำถามไม่ชัดเจน สนับสนุนให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานใช่หรือไม่ 2. ปรับคำถามจาก สนับสนุนให้เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เป็น กำหนดให้พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
6.8 ติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการความรู้ในเรื่องของการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติและผู้ดูแล รวมถึงทีมสหวิชาชีพ ควรทำอย่างสม่ำเสมอ 2. มีการประเมินความรู้เป็นระยะและทบทวนแผนการรักษาของแพทย์

ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย	ข้อเสนอแนะ
7.1 กำหนดนโยบายให้มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกระดับต้องเป็นเครือข่าย 2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะขอกลับมารักษาที่รพ.เดิม
7.2 กำหนดข้อตกลงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการติดตามอาการผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกระดับต้องเป็นเครือข่าย 2. มองไม่เห็นภาพที่ชัดเจนสำหรับรพ.ตติยภูมิ แต่เห็นภาพชัดเจนในรพ.ชุมชน (รพสต.) 3. ควรมีการส่งต่อกับหน่วยเยี่ยมบ้าน และรายงานพยาบาลผู้ประสานงานในรพ.
7.3 กำหนดนโยบายและข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เอื้อให้ครอบครัวสามารถมารับยาแทนผู้ป่วยได้ เมื่อครบกำหนดที่ต้องตรวจติดตามอาการและรับยาที่โรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะอ่อนเพลียเดินทางลำบาก ถ้ารับยารับประทานอย่างเดียวและไม่มีอาการผิดปกติ อาจจะไม่ต้องมารพ.ก็ได้
7.5 สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเตียงสำรอง มีรถรับส่งผู้ป่วยเข้า/ออกโรงพยาบาลและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับคำถามเป็น สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเตียงสำรอง มีรถรับส่งผู้ป่วยและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างต่อเนื่อง 2. ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลในชุมชนมีเตียงสำรอง 3. ขึ้นกับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล
7.8 การติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรมีช่องทางให้ญาติติดต่อเมื่อมีปัญหา แทนการที่ทีมต้องเป็นฝ่ายโทรไปหาทุกราย และควรเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านในระยะสุดท้าย 2. ปรับคำถามเพิ่มเติม เป็น การติดตามประเมินอาการ ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลใกล้บ้านของผู้ป่วย

ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	ข้อเสนอแนะ
<p>8.1 กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในการให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจที่จะใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ การตัดสินใจร่วมกันต่อแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และการนำเครื่องมือทางการแพทย์ออกจากร่างกายของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวลงลายมือชื่อไว้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีการเปลี่ยนใจได้ เช่น เซ็นยินยอมไว้ก่อนหน้านี้ว่า No CPR แต่เมื่ออาการหนักขึ้นอาจเกิดอยากให้ชีวิตตนเองยืนยาวมากขึ้น นอกจากนี้ความเชื่อทางศาสนาที่ต่างกันย่อมมีผล เช่น คนจีนอยากให้เสียชีวิตช่วงเช้ามากกว่าตอนค่ำ คนที่นับถือคริสต์อาจขอพบบาทหลวง จึงควรดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย 2. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้และเกิดการเปลี่ยนใจกะทันหัน จะต้องให้ญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดเป็นคนตัดสินใจ เช่น สามี ภรรยา พ่อแม่ 3. คำถามในประเด็น การนำเครื่องมือทางการแพทย์ออกจากร่างกายของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวลงลายมือชื่อไว้ ต้องระมัดระวังการตีความตรงนี้ เนื่องจากเป็น mercy killing 4. ควรปรับคำถามเพิ่มเติมจาก กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวลงลายมือชื่อไว้ เป็น กรณีที่ผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้
<p>8.2 กำหนดแบบฟอร์มสำหรับให้ผู้ป่วยเขียนระบุประสงค์ /ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขชนิดใดบ้างขณะอยู่ในโรงพยาบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหาไม่ใช่การเขียนแต่อยู่ที่การรับรู้และการนำมาใช้ จึงควรจะมีกิจกรรมในการส่งเสริมการพูดคุย (patient family physician meeting) เพราะสภาวะโรคต่างๆไม่เปลี่ยนแปลง เน้นกระบวนการมากกว่าแบบฟอร์ม เนื่องจากแบบฟอร์มไม่สำคัญเท่ากับการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ การมีแบบฟอร์มอาจทำให้การพูดคุยให้ข้อมูลลดลง แต่อาจมีตัวอย่าง เช่น หนังสือที่เขียนขึ้นเอง 2. ยึดถือแบบฟอร์มฉบับสุดท้ายในการระบุความต้องการของผู้ป่วยเท่านั้น เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย	ข้อเสนอแนะ
8.8 ติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ถ้าผู้ป่วยกลับบ้านได้มีการโทรไปเยี่ยมที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นให้ญาติโทรมาปรึกษาหรือแนะนำให้ผู้ป่วยมา admit ใหม่ เพื่อประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง 2. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก
ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย	ข้อเสนอแนะ
9.2 กำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ ในการบริหารงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรรวมถึงสิทธิประโยชน์จากกองทุนอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ปกส. ตสภ. 2. ไม่ชัดเจนว่าทุกพรพ. นักสังคมสงเคราะห์ต้องมีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ 3. ควรมีทีมสหสาขาวิชาด้วย โดยสหสาขาที่จำเป็นต้องเข้าร่วมได้แก่ MD. RN.
9.4 กำหนดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสอดคล้องตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยแต่ละราย	1. ทำได้ค่อนข้างยาก ตลอดจนในการเขียนต้องมีความระมัดระวังไม่ให้เกิดจรรยาบรรณวิชาชีพ
9.5 สนับสนุนให้มีการขึ้นทะเบียนเลขเวชภัณฑ์ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับการบริจาคเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุน/มูลนิธิ เพื่อระดมเงินสำหรับช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล	1. การขึ้นทะเบียนจะเกิดปัญหาถ้าไม่นำมาคืนระบบจะตรวจสอบจนคนทำงานลำบาก การมีระบบการหมุนเวียนอุปกรณ์ยืมใช้น่าจะเพียงพอ
9.7 กำหนดกรอบของผลลัพธ์ในการชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะรักษาในโรงพยาบาล โดยสอดคล้องตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1. ควรรวมถึงสิทธิประโยชน์จากกองทุนอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ปกส. ตสภ.
9.8 การประเมินผลของการดำเนินงานในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในแง่สร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ถ้าจะนำเสนอต้องมีวิธีการเขียนที่ดี การเขียนด้านการเงินต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมาก โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยแม้ไม่ใช่ระยะสุดท้าย 2. ควรมีการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลใกล้บ้านของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3. อาจมีการสนับสนุนเวชภัณฑ์/ยาอื่นๆ ให้ผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 สามารถแสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญได้ ดังต่อไปนี้

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ)	ร้อยละ
1	17	23.28
2	4	17.39
3	0	0
4	27	36.98
5	0	0
6	7	9.58
7	7	9.58
8	0	0
9	17	23.28
10	0	0
11	0	0
12	17	23.28
13	6	8.21
14	0	0
15	0	0
16	53	72.60
17	0	0
18	62	84.93
19	5	6.84
20	0	0
21	6	8.21
22	1	1.36
23	35	47.94
รวม	264	373.46
ค่าเฉลี่ย	11.47	16.23

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคำตอบคิดเป็นร้อยละ 16.23 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล พบว่า มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 ท่าน ที่มีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคำตอบมากกว่าร้อยละ 15 เมื่อพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 8 ท่าน พบว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงคำตอบเดิมที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงสามารถยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพิไลพร สุขเจริญ เกิดวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ เมื่อปี พ.ศ. 2551 เริ่มปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่ตึกศัลยกรรมกระดูก เป็นระยะเวลา 10 เดือน ตึกสูติกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2551-สิงหาคม พ.ศ. 2552 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (ภาคนอกเวลา ราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY