

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล*

ชนิดรญา หาญประสิทธิ์คำ** Ph.D. (Nursing)

อัจฉริยา ปทุมวัน*** Ph.D. (Nursing)

สมทรง จุไรทัศน์**** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช***** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), ว.พย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์)

บทคัดย่อ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นปัญหาด้านบริการที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย แต่กลับพบว่าพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมักได้รับการเตรียมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายงานพบว่าการจัดโปรแกรมฝึกอบรมความรู้ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาติดตามผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีพยาบาลจำนวน 86 รายเข้าร่วมการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 2 วัน ประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ตอบแบบสอบถาม 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้ารับการอบรม (ครั้งที่ 1) หลังได้รับการอบรม 1 เดือน (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับการอบรม 3 เดือน (ครั้งที่ 3) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือนสูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเลขที่ 51086/2551

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: rakhp@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการค้นพบวิธีการรักษาโรค เพื่อชะลอความตายและยืดชีวิตมนุษย์ให้ยาวนานแม้ผู้ป่วยจะเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น แต่ไม่สามารถยื้อชีวิตไว้ได้ ทำให้การตายไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตสังคัม จิตวิญญาณ และปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงปัญหาด้านจริยธรรมทางการแพทย์ (Stone, Rees & Hardy, 2001) เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน เจ็บหนัก มีอวัยวะที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตล้มเหลว หรืออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความเป็นความตาย (รสพร ประทุมวัน, 2534; อุบล จ้วงพานิช, 2544; Pokpalagon, 2005) ดังนั้น แผนการรักษาจะเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาให้หาย (cure) เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแล (care) หรือการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า นั่นคือ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาอาการมากกว่าการรักษาที่มุ่งให้หายจากโรค (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550) พยาบาลจึงเป็นแกนหลักและมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด (Ferrell, Virani, & Grant, 1999) พยาบาลจึงต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วย ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ และจากไปอย่างสงบ หรือตายอย่างมีศักดิ์ศรี (มณฑรัตน์ จินดา และสายพิณ หัตถ์รัตน์, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล,

2541) ด้วยเหตุที่พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวไม่เพียงพอและขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการเรียนในหลักสูตรระดับปริญญาตรี (ปราโมทย์ ทองสุข และทัศนีย์ นะแสง, 2546; Ferrell et al., 1999; Ferrell et al., 2005) และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย โดยมีพยาบาลเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ประเมินตนเองว่ามีความรู้มากเพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Cramer, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler, & Bradler, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยในพยาบาลวิชาชีพสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพฯ จำนวน 270 คน ที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 42.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Pokpalagon, 2005) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ พยาบาลยังขาดประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการอาการ และการจัดการความปวด (O'Neill, 2003) ทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งรู้สึกลำบากใจและพยายามหลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเกิดความกลัวและไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ทองประทีป, 2547; Meraviglia, McGuire, & Chesley, 2003)

การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับสถานการณ์ความขัดแย้งทางจริยธรรม ได้แก่ ความขัดแย้งเกี่ยวกับการบริหารยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และการต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับตัดสินใจที่จะให้การรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการตัดสินใจยุติการรักษา (Asch, 1996; Cramer et al., 2003) เพื่อช่วยลดความรู้สึกละอายใจในตนเอง และช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลตอบสนองความ

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

ต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จึงมีความสำคัญและความจำเป็นในการจัดการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แก่พยาบาล (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000; Malloy et al., 2006)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงได้จัดการฝึกอบรมความรู้แก่พยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นระยะเวลา 2 วัน โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย หลักการและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และการบูรณาการการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยตายดี รูปแบบของการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการอภิปรายกลุ่ม โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยคาดหวังว่าพยาบาลจะมีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติทางบวก และเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีและมีคุณภาพตามวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ บรรเทาความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยมีวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุขและจากไปอย่างสงบ จึงควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลที่ได้รับการอบรม โดยข้อมูลที่ได้อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนและระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลก่อนเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและหลังเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ หมวดหมู่การเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) โดย บลูม (Bloom, 1964) จำแนกหมวดหมู่การเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) หรือความรู้ ด้านจิตพิสัย (affective domain) หรือทัศนคติ หรือความรู้สึก และด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) หรือการกระทำ พฤติกรรม หรือการปฏิบัติ โดยทัศนคติของบุคคลต่อการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดขึ้นกับความรู้ของบุคคลในสิ่งนั้น นั่นคือ หากบุคคลมีความรู้ในการปฏิบัติจะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัตินั้น และทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีตามมา ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนหรือการฝึกอบรมจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมหลังจบการเรียนการสอน (Bloom, 1964) จากกรอบแนวคิดหมวดหมู่การเรียนรู้ของบลูม การจัดการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่พยาบาล ภายหลังจากอบรมพยาบาลควรจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น

ชนิดวิชา หมายเหตุสำคัญ คำ และคณะ

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสนับสนุนว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลลดลงและมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Deger & Gow, 1988) และพยาบาลที่ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีทัศนคติด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นด้วย (Frommelt, 1991)

การให้ความรู้หรือการอบรมเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสอนโดยใช้กรณีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) (ธัสมน นามวงษ์, 2540) การให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem-based learning) ให้ผลสอดคล้องเช่นกันว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมมีการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้น และมีการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากขึ้น (Wong, Lee, & Mok, 2001) และการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการวิธีการสอนหลาย ๆ อย่าง เช่น การบรรยาย การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง และ/หรือการอภิปรายกลุ่ม ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวดีขึ้น (แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา, สุปรีดา มั่นคง, และประครอง อินทรสมบัติ. 2554, in press; Adriaansen, van Achterberg, & Borm, 2005; Tsai et al., 2005) และรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม (แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา, 2551; Adriaansen et al., 2005)

นอกจากความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว ประสบการณ์หรือการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีส่วนสำคัญเช่นกัน โดยเซอร์วาตีและคณะ (Servaty, Krejci, & Hayslip, 1996) ศึกษาพบว่า การได้ฝึกทักษะหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยิ่งมากในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์หรือนักศึกษาพยาบาลจะทำให้มีทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นเมื่อจบการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของเอเดรียนเสน และคณะ (Adriaansen et al., 2005) ที่ศึกษาผลของการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาอบรม 2 เดือน ประกอบด้วย การให้ความรู้ในชั้นเรียนด้วยการบรรยาย ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย พบว่า นอกจากพยาบาลที่เข้ารับการอบรมจะมีความรู้และรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญแล้ว ยังมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการประเมินและการจัดการอาการและความปวด สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของจันทรพีญ มโนศิลปกร (Manosilapakorn, 2003) ที่สัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 12 ราย ที่สนับสนุนว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ประสานงานและทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย (advocacy) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยและระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม
2. พยาบาลที่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยและระดับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม
3. พยาบาลที่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยและระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ต่อการบริการพยาบาล นำไปพัฒนาปรับปรุงการจัดการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาล นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว
3. ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะที่ดีต่อการพยาบาลแบบประคับประคอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาล กุมารเวชศาสตร์ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิก และงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย และเป็นผู้ที่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จัดโดยภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และตอบแบบสอบถามครบ 3 ครั้ง จำนวน 86 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มีระยะเวลาในการอบรม 2 วัน โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย หลักการและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และการบูรณาการการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยตายดี รูปแบบของการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการอภิปรายกลุ่ม โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ชนิดวิชา หมายเหตุประสิทธิ์คำ และคณะ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบวัดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบถูก ผิด หรือไม่ทราบ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ข้อ อาการและการจัดการอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 12 ข้อ และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 7 ข้อ หากตอบถูกต้องจะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน คะแนนรวมที่มาก หมายถึงพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น ความรู้ระดับมาก เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หรือได้คะแนนรวมระหว่าง 20-24 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง เมื่อตอบถูกต้องระหว่างร้อยละ 61-80 หรือได้คะแนนรวมระหว่าง 15-19 คะแนน และความรู้ระดับน้อย เมื่อตอบถูกต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 หรือได้คะแนนรวมน้อยกว่า 15 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .59 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 86 รายก่อนได้รับการอบรม ภายหลังได้รับการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ .58, .56 และ .60 ตามลำดับ

3. แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบประเมินความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิต 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ โดยจะกลับคะแนนข้อที่เป็นด้านลบก่อนรวมคะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 25-125 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงพยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนทัศนคติ เป็นทัศนคติระดับดี หรือทางบวก เมื่อมีคะแนนรวมจากแบบประเมินทัศนคติระหว่าง 93-125 คะแนน ทัศนคติระดับปานกลาง เมื่อมีคะแนนทัศนคติระหว่าง 60-92 คะแนน และทัศนคติระดับต่ำหรือทางลบ เมื่อมีคะแนนทัศนคติเท่ากับหรือน้อยกว่า 59 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณค่าความเที่ยง Cronbach Alpha ได้เท่ากับ .78 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 รายก่อนได้รับการอบรม ภายหลังได้รับการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนได้ค่าความเที่ยง Cronbach Alpha เท่ากับ .80, .84 และ .84 ตามลำดับ

4. แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

วรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิต 4 ระดับ จากไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-84 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นปฏิบัติการดูแลในระดับมาก เมื่อมีคะแนนรวมการปฏิบัติระหว่าง 57-84 คะแนน ปฏิบัติกรดูแลในระดับปานกลาง เมื่อมีคะแนนรวมการปฏิบัติระหว่าง 29-56 คะแนน และปฏิบัติการดูแลในระดับน้อย เมื่อมีคะแนนรวมการปฏิบัติต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .87 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 รายก่อนได้รับการอบรม ภายหลังได้รับการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .91, .94 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับกรอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม จึงให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับกรอบรม

2. กลุ่มตัวอย่างเข้ารับกรอบรมตามโครงการที่กำหนดไว้

3. ติดตามประเมินผลการอบรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังเข้ารับกรอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้สถิติความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับกรอบรม หลังสิ้นสุดกรอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Post hoc test) ด้วย Bonferroni test

3. เปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับกรอบรม หลังสิ้นสุดกรอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยการทดสอบไคร้สแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย

ในการศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 86 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 96.5 มีอายุระหว่าง 23-53 ปี อายุเฉลี่ย 28.71 ปี (SD = 6.09) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 91.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ร้อยละ 46.5) รองลงมาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก (ร้อยละ 26.7) และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติจำนวน 20 คน

ชนิดูรา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ

(ร้อยละ 23.3) มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-30 ปี เฉลี่ย 6.14 ปี (SD = 6.0) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาจำนวน 1-20 คน (ฐานนิยม = 5) โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 5.19 (SD = 3.96) และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 37.2 (32 คน) ที่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง เท่ากับ 17.36 คะแนน หลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเป็น 18.51 และ 18.74 คะแนนตามลำดับ แต่คะแนนยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับดี เท่ากับ 97.30 คะแนน หลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับดี เป็น 101.17 และ 101.49 คะแนนตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมาก เท่ากับ 59.41 หลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นและยังคงอยู่ในระดับมาก เป็น 62.62 และ 65.88 คะแนนตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วงเวลาก่อนเข้ารับการอบรม หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน (N = 86)

ตัวแปร	ช่วงพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้				
ก่อนเข้ารับการอบรม	10 – 22	17.36	2.75	ปานกลาง
หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน	14 – 23	18.51	2.24	ปานกลาง
หลังสิ้นสุดการอบรม 3 เดือน	13 – 23	18.74	2.26	ปานกลาง
ทัศนคติ				
ก่อนเข้ารับการอบรม	66 – 119	97.30	8.36	ดี
หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน	72 – 118	101.17	8.53	ดี
หลังสิ้นสุดการอบรม 3 เดือน	80 – 119	101.49	7.16	ดี
การปฏิบัติการดูแล				
ก่อนเข้ารับการอบรม	40 – 82	59.41	9.17	มาก
หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน	35 – 84	62.62	11.73	มาก
หลังสิ้นสุดการอบรม 3 เดือน	51 – 84	65.88	9.52	มาก

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้ารับการอบรม
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด
และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับ
การอบรม หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และหลังสิ้นสุด
การอบรม 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์
ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated
measures ANOVA) เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ
สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว
ในเรื่อง การกระจายแบบปกติ (normality) และความ
แปรปรวนของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละช่วงของการวัดจะต้อง
ไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variances) โดย
ประเมินจาก Mauchly's test of sphericity พบว่า
ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และความแปรปรวนของ
ตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับ
การอบรม หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน (N=86)

ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน
แต่ละช่วงของการวัดไม่แตกต่างกัน (Mauchly's test
of sphericity non-significant) เป็นไปตามข้อตกลง
เบื้องต้น ยกเว้นความแปรปรวนของความรู้มีค่า Mauchly's
test of sphericity significant ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
การรายงานผลในเรื่องความรู้จึงใช้ค่า Greenhouse-Geiser
Epsilon ที่ปรับค่าทางสถิติแล้ว (Leech, Barrett, &
Morgan, 2008)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความ
แปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการ อบรม หลังสิ้นสุด
การอบรม 1 เดือน และหลังสิ้นสุดการอบรม 3 เดือน
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{(1.59, 134.86)} = 13.20, p < .001$; $F_{(2, 170)} = 15.13, p < .001$ และ $F_{(2, 170)} = 16.04, p < .001$ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

แหล่งความแปรปรวน	ความรู้*			ทักษะคิด			การปฏิบัติ		
	df	F	p	df	F	p	df	F	p
ภายในกลุ่ม	1.59	13.20	< .001	2	15.13	< .001	2	16.04	< .001
ความคลาดเคลื่อน	134.86			170			170		

* รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser Epsilon ที่ปรับค่าแล้ว

เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนน
ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย ด้วย Bonferroni test พบว่า คะแนนเฉลี่ย
ความรู้ และทักษะคิด ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการอบรม 1 เดือน และ
หลังเข้ารับการอบรม 3 เดือน สูงกว่าคะแนนความรู้
ก่อนเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อเปรียบเทียบ
ระหว่างคะแนนความรู้ และทักษะคิด ในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือนและหลังการอบรม
3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการอบรม 1 เดือน
และหลังเข้ารับการอบรม 3 เดือน สูงกว่าคะแนนความรู้
ก่อนเข้ารับการอบรมและคะแนนการปฏิบัติในการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังเข้ารับการอบรม 3 เดือน สูงกว่า
หลังเข้ารับการอบรม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

ชนิดรฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ

เมื่อแบ่งระดับคะแนนของความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับน้อย 12 คน (ร้อยละ 14) ความรู้ในระดับปานกลาง 54 คน (ร้อยละ 62.8) และมีความรู้ระดับมาก 20 คน (ร้อยละ 23.3) หลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับน้อยลดลงเหลือ 2 คน (ร้อยละ 2.3) ความรู้ในระดับปานกลางลดลงเหลือ 51 คน (ร้อยละ 59.3) และมีความรู้ระดับมากเพิ่มขึ้นเป็น 33 คน (ร้อยละ 38.4) และหลังการอบรม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับน้อยเช่นเดิม 2 คน (ร้อยละ 2.3) ความรู้ในระดับปานกลาง 52 คน (ร้อยละ 60.5) และมีความรู้ระดับมาก 32 คน (ร้อยละ 37.2) (ตารางที่ 3) สำหรับคะแนนทศนคติก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนทศนคติในระดับปานกลาง 22 คน (ร้อยละ 25.6) และในระดับดี 64 คน (ร้อยละ 74.4) โดยไม่มีผู้ที่มีระดับคะแนนทศนคติระดับต่ำหรือทางลบเลย หลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทศนคติระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น 72 คน (ร้อยละ 83.7) และเป็น 78 คน (ร้อยละ 90.7) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ในทำนองเดียวกันคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการอบรมในระดับปานกลาง 38 คน (ร้อยละ 44.2) และระดับมาก 48 คน (ร้อยละ 55.8) หลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระดับมากเพิ่มเป็น 58 คน (ร้อยละ 67.4) และ 70 คน (ร้อยละ 81.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับคะแนนความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการอบรม หลังสิ้นสุดการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน (N =86)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม 1 เดือน		หลังอบรม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้						
น้อย (< 15 คะแนน)	12	14.0	2	2.3	2	2.3
ปานกลาง (15-19 คะแนน)	54	62.8	51	59.3	52	60.5
มาก (20-24 คะแนน)	20	23.3	33	38.4	32	37.2
ระดับทศนคติ						
ต่ำ (\leq 59 คะแนน)	0	0	0	0	0	0
ปานกลาง (60-92 คะแนน)	21	25.6	14	16.3	8	9.3
ดี (93-125 คะแนน)	64	74.4	72	83.7	78	90.7
ระดับการปฏิบัติ						
น้อย (\leq 28 คะแนน)	0	0	0	0	0	0
ปานกลาง (29-56 คะแนน)	38	44.2	28	32.6	16	18.6
มาก (57-84 คะแนน)	48	55.8	58	67.4	70	81.4

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคะแนนของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการอบรม หลังการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน ด้วยสถิติไคว์สแควร์ (Chi-Square test) พบว่ามีความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการอบรม หลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 16.28, p < .01$; $\chi^2 = 8.11, p < .05$; และ $\chi^2 = 13.01, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงว่าหลังเข้าโปรแกรมอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (รศพร ประทุมวัน, 2534; Pokpalakorn, 2005) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.9) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งมีการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรไม่เพียงพอ (ปราโมทย์ ทองสุข และทัศนีย์ นะแสง, 2546; Ferrell et al., 1999; Ferrell et al., 2005) นอกจากนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 37.2 (32 ราย) ที่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปานกลาง แต่ภายหลังการเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ (ตารางที่ 1) และจำนวนของผู้ที่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นทั้งในระยะ 1 และ 3 เดือนหลังการอบรม (ตารางที่ 3)

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการอบรมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนมา มหานุภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง (2541) และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) ที่ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีหรือในทางบวกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน และมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมากเช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลาวัณย์ บุญมานุษ (2543) และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนอย่างน้อย 1 ราย โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยิ่งมาก จะทำให้มีทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น (Servaty et al., 1996) ร่วมกับการได้รับการอบรมความรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะ และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการประเมินและการจัดการความปวด (Adriaansen et al., 2005) และให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Manosilapakorn, 2003) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีคะแนนทัศนคติและมีทักษะในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก และมีคะแนนมากขึ้นภายหลังการอบรมทั้งในระยะ 1 และ 3 เดือน (ตารางที่ 1 และ 3)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังการเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 และ 3 เดือนพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม และคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือนมากกว่าภายหลังการอบรม 1 เดือน ถึงแม้ว่าคะแนนความรู้และทัศนคติภายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือนจะไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ

ชนิดวิชา หมายประสิทธิภาพ และคณะ

ระดับของความรู้และทัศนคติแล้วพบว่าหลังการทดลอง มีระดับความรู้และทัศนคติสูงขึ้นเป็นลำดับ (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลที่เข้าโปรแกรมการอบรม ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งการ บรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจาก บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เข้าใจแนวคิดและมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการต่างๆ รวมถึงอาการปวด การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และการติดต่อสื่อสาร อีกทั้งการอบรมด้วยการวิเคราะห์ และอภิปรายกรณีตัวอย่าง ยังช่วยให้พยาบาลที่เข้าอบรม ได้ฝึกทักษะการนำความรู้จากการบรรยายมาใช้ในการ คิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาจากกรณีตัวอย่าง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งกิจกรรมการอบรมทั้งหมด เป็นการบูรณาการความรู้ สู่การปฏิบัติ จึงช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดทัศนคติทางบวกและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นภายหลังการอบรม สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การอบรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ทัศนคติ และให้การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัวดีขึ้น (Frommelt, 1991; Tsai et al., 2005; Wong et al., 2001) และรับรู้ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อน เข้าการอบรม (แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา และคณะ, 2554, in press; Adriaansen et al., 2005) ซึ่งพยาบาล ที่มีความมุ่งมั่นในการที่จะพัฒนานตนเองทั้งด้านความรู้ และทักษะ โดยเข้ารับการอบรมศึกษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยพัฒนาทั้งความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติของ พยาบาล ทำให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (Shotton, 2000)

สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว มากที่สุด จุดมุ่งหมายของการดูแลระยะสุดท้ายเปลี่ยน จากการรักษาให้หายจากโรคเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความรู้เรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการและ ความปวด เพื่อให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ พยาบาลที่มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้ที่จำเป็นในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นหลัง การอบรม

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาล วิชาชีพส่วนใหญ่ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมี ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง อาจไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการ อบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ เพียงแต่ช่วยเพิ่มความรู้มากขึ้น ยังสามารถส่งเสริมให้ พยาบาลมีทัศนคติที่ดี และช่วยให้พยาบาลให้การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมการ อบรม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะบางประการ เพื่อพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้บริหารด้านบริการพยาบาล ควรมีการจัดโครงการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แก่พยาบาลทุกคนเพื่อพัฒนา ตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ และ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดให้มีทีม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อ เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลระดับต้นในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมี คุณภาพและได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

นอกจากนี้ ในด้านการศึกษาพยาบาล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ควรเพิ่มเนื้อหาการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในเรื่องปรัชญาและหลักการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการและการจัดการความปวด วิธีการบอกข่าวร้าย ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น รวมถึงการจัดให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะหรือประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อจบการศึกษา

ด้านการวิจัย ควรมีกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาเปรียบเทียบให้เห็นผลของโปรแกรมนี้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาติดตามเป็นระยะๆ เพิ่มขึ้น เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของผลของโปรแกรมการอบรม และการจัดอบรมเพิ่มเติมเพื่อคงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เลขที่ รด51086/ พ.ศ. 2551

เอกสารอ้างอิง

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บก.), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 15-23). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
ทัศนมา มหานุภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์, และกนกพร สุคำวัง. (2541). *ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(2), 42-44.
อิสมน นามวงษ์. (2540). *ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ปราโมทย์ ทองสุข, และทัศนีย์ นะแสง. (2546). การจัดการเรียนการสอนมรณศึกษาในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(1), 1-15.

แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา. (2554, in press). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(1).

มณฑรัตน์ จินดา, และสายพิน หัตถ์รัตน์. (2549). การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความตาย. *คลินิก*, 22(6), 483-487.

รสรพ ประทุมวัน. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

วิลาวัลย์ บุญมานุษ. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*

สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 4(2), 117-119.

อุบล จ้างพานิช. (2544). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 12(3), 72-77.

Adriaansen, M., van Achterberg, T., & Borm, G. (2005). Effects of a postqualification course in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 96-103.

ชนิดวิชา หมายเหตุคำ และคณะ

- Asch, D. (1996). The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *New English Journal of Medicine*, 3(34), 1374-1379.
- Bloom, B. (1964). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Cramer, L., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., & Bradler, E. (2003). Nurses' attitudes and practice related to hospice care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 249-255.
- Deger, L. F., & Gow, C. M. (1988). Preparing nurse for care of the dying. *Cancer Nursing*, 11(3), 160-169.
- Ferrell, B., Virani, R., & Grant, M. (1999). Analysis of end-of-life content in nursing textbooks. *Oncology Nursing Forum*, 26, 869-876.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Beyond the supreme court decision: Nursing perspective on end-of-life care. *Oncology Nursing Forum*, 27(3), 445-454.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Rhome, A., Malloy, P., Bednash, C., et al. (2005). Evaluation of the end-of-life nursing education consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 107-114.
- Frommelt, K H. (1991). The effects of death education on nurses' attitude toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal Hospice Palliative Care*, 8(5), 37-43.
- Leech, N., Barrett, K., & Morgan, G. (2008). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation* (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Malloy, P., Ferrell, B., Virani, R., Uman, G., Rhome, A., Whitlatch, B., et al. (2006). Evaluation end-of-life nursing education for continuing education and staff development educators. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22, 31-36.
- Manosilapakorn, C. (2003). *Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand*. Unpublished dissertation, George Mason University.
- Meraviglia, M., McGuire, C., & Chesley, D. (2003). Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 34, 122-127.
- Pokpalagon, P. (2005). *Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospital, Bangkok*. Unpublished master's thesis of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- O'Neill, A. M. (2003). *Palliative care knowledge assessment of associate degree nursing students*. Unpublished master thesis, Gonzaga University.
- Servaty, H. L., Krejci, M. J., & Hayslip, B. (1996). Relationships among death anxiety, communication apprehension with the dying and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians. *Death Study*, 20, 149-161.
- Shotton, L. (2000). Can nurses contribute to better end-of-life care? *Nursing Ethics*, 7(2), 134-140.
- Stone, P., Rees, E., & Hardy, J. (2001). End of life care in patients with malignant disease. *European Journal of Cancer*, 37, 1070-1075.
- Tsai, L. Y., Lee, M. Y., Lai, Y. L., Li, L. F., Liu, C. P., Change, C. Y., et al. (2005). Practical effects of educating nurses on the Natural Death Act. *Support Care Cancer*, 13(4), 232-238.
- Wong, F. K., Lee, W. M., & Mok, E. (2001). Educating nurses to care for the dying in Hong Kong: A problem-based learning approach. *Cancer Nursing*, 24(2), 112-121.

ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล

The Effect of an End-of-Life Care Education Program on Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice in Caring for End-of-Life Patients*

Kanitha Hanprasitkam** Ph.D. (Nursing)

Autchareeya Patoomwan*** Ph.D. (Nursing)

Somsong Churaitatsanee**** M.S. (Public Health)

Umaporn Paisansuthideth***** M.S. (Public Health), APN. (Medical-Surgical Nursing)

Abstract: Caring for end-of-life patients is an important issue in health care service in Thailand. However, nurses who completed their baccalaureate nursing education often had inadequate preparation for supporting patients towards the end-of-life (EOL). They felt uncomfortable in dealing with dying patients. A training program has been reported to improve EOL care for terminally ill patients. The purpose of this study was to evaluate the effects of an EOL care education program among nurses from general and intensive care units of a university hospital. Eighty-six nurses participated in a two-day EOL care education program were assessed knowledge, attitude, and practice toward EOL care by self-reported questionnaires three times: pretest (Time 1), posttest one month apart (Time 2) and posttest three months apart (Time 3). The results showed that the mean scores of knowledge, attitude, and practice toward EOL care at Time 2 and Time 3 were significantly higher than Time 1. The mean scores of practice toward EOL care at Time 3 were also significantly higher than Time 2. However, there were no significant different between the mean scores of knowledge and attitude in EOL care at Time 2 and Time 3. This study provides evidence showing that the EOL care education program is an effective strategy to enhance nurses' knowledge, attitude, and practice in EOL care, which is part of holistic care.

Keywords: End-of-life care education program, End-of-life patients, Knowledge, Attitude, Practice

*This study was supported by Research Grant from the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, No.51086/2008

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rakhp@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Instructor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*****Advanced Practice Nurse, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University