

ฉบับนี้ต้นฉบับ



## ผลของระยะเวลาการทำงาน ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พศ. ดร. วลัยลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์

พศ. ยุวดี ชาตไทย

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบผลของระยะเวลาการทำงาน ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจากโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศทั้งรัฐบาลและเอกชน ที่มาประชุมวิชาการประจำปีของชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย จำนวน 250 คน การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach Alpha เท่ากับ .7, .75 และ .97 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายและ ANOVA

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.4 มีอายุเฉลี่ย 36.08 ปี (SD = 8.92) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.5 เป็นโสดร้อยละ 52.6 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.2 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 65.91 สังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 64.1 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 13.68 ปี (SD = 8.61) มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 52.7 ประสบการณ์โดยเฉลี่ย 10.07 ปี รายได้เฉลี่ย 20,052.84 บาท (SD = 8571.65) ทั้งกลุ่มมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 70 โดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงานนาน 11-15 ปี มีคะแนนความรู้สูงสุดร้อยละ 73.45 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี กลุ่ม 1-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำสุดคือ ร้อยละ 66.14 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ ทุกกลุ่มอายุมีทักษะดีอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ( $\bar{x} = 61.89$ , SD = 5.83) และการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{x} = 2.63$ , SD = .28) ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการทำงานมีผลต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือพยาบาลที่ทำงาน 1-10 ปีจะมีความรู้ต่ำกว่าผู้ที่ทำงานนาน 10-20 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) อย่างไรก็ตามระยะเวลาการทำงานไม่มีผลต่อคะแนนทักษะและการปฏิบัติงาน

ผลวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ยังมีประสบการณ์และระยะเวลาการทำงานน้อย

\* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## หลักการและเหตุผล

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบไม่ว่าจะเกิดขึ้นตามธรรมชาติจากความชราภาพหรือจากโรคร้าย ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ซึ่งอาศัยเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อช่วยชีวิตให้ยืนยาวส่งผลทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยหนักจนถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่หมดหวังไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ ที่จะรักษาชีวิตไว้ได้ ความต้องการระยะนี้คือการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดทรมานสภาพร่างกายที่อ่อนแรงเกินกว่าจะไอขับเสมหะได้ต้องการพยาบาลคอยดูแลใช้เครื่องมือดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ฯลฯ รวมทั้งต้องการกำลังใจในการเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึงในไม่ช้า ผู้ป่วยได้มอบชีวิตในวาระสุดท้ายให้กับพยาบาลเป็นผู้ดูแล ดังนั้นคุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาเช่นเดียวกันในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) สรุปลงถึงแนวคิดหลัก “สุขภาพคือสุขภาวะ” กล่าวคือ สุขภาพหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการสุขภาพซึ่งแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่าง “สมดุล” ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม[1] แม้ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งการเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลหรือแก่สังคมโดยรวม หลังการตาย ผู้ตายควรได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพในจารีตประเพณี และวัฒนธรรมของครอบครัวและญาติ แนวคิดนี้อยู่ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่วางกรอบเพื่อกำหนดคุณภาพของการดูแลสุขภาพประชาชนไว้ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตาม[2]

เนื่องจากสังคมไทยมีความผูกพันกับศาสนาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และทุกศาสนามีคำตอบเกี่ยวกับชีวิตและความตายไว้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นตามหลักศาสนาพุทธกล่าวถึงช่วงเวลาที่กำลังจะตายว่าเป็นช่วงที่สำคัญยิ่ง ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะส่งผลดีคือการไปสู่สุคติหรือสูงสุดคือนิพพาน ซึ่งท่านพุทธทาสเรียกช่วงเวลานี้ว่า นาทิทองของชีวิต

จึงสอนวิธีฝึกจิตให้วางจากความรู้สึกว่าตัวตน-ของตน จิตที่ว่างคือจิตที่สงบ มีอิสระ ไม่มีความทุกข์ มีสติคอยควบคุมให้เกิดความว่าง ความสงบ หรือความหยุด สติเป็นสิ่งที่มาช่วยทันท่วงที่ไม่ให้คิดปรุงแต่งว่าตัวกูของกู ความเห็นแก่ตัว ความทุกข์ ความยึดถือว่าตัวหรือของตัว จะช่วยให้ชนะความทุกข์ทั้งหลายทั้งปวง[3] ดังนั้นพยาบาลควรช่วยเหลือหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของเขา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดหรือทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ(spiritual distress)[4]

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในสภาวะที่วิกฤตที่สุดของชีวิต ความแตกต่างของโรค ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวดทรมาน ความแตกต่างระหว่างบุคคล การเตรียมตัวเตรียมใจ และการปรับตัวทำให้ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายในลักษณะต่างกัน[5] เพราะผู้ป่วยทุกคนมักกลัวกระบวนการก่อนตาย เช่น กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน กลัวถูกทอดทิ้ง พลัดพรากจากผู้ที่รัก และกลัวสิ่งที่ไม่รู้เบื้องหลังการตาย[6] จากการศึกษาถึงผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และญาติที่ได้รับการช่วยเหลือให้เตรียมตัวเตรียมใจในการเผชิญความตายจะสามารถแสดงความคิดเห็นถึงการตายของตนเองด้วยสีหน้าสงบ มีการวางแผนเตรียมพร้อมโดยให้เหตุผลว่าจะได้ไม่มีความห่วง ไม่มีพันธะผูกพัน ซึ่งจะช่วยให้ตายอย่างสงบ มีการจัดเตรียมผู้ดูแลและวางแผนเตรียมเครื่องใช้ที่จะใช้ในงานศพ วางแผนอนาคตสำหรับสมาชิกในครอบครัว เช่น สอนให้ลูกรู้จักช่วยเหลือตนเอง ให้เป็นคนดี ให้รักและห่วงใยกัน และฝากลูกให้พ่อแม่ดูแลแทน ฯลฯ ญาติผู้ดูแลให้ความเห็นว่าผู้เสียชีวิตมีอาการสงบขณะจากไป ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติทางศาสนาทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมทั้งมีการประคับประคองทางจิตวิญญาณของตน และรู้จักวิธีเผชิญความตายอย่างสงบ สำหรับผู้ที่ไม่ได้เตรียมพร้อมเมื่อผู้ป่วยอาการหนักจะไม่สามารถพูดหรือสื่อสารกับญาติ ไม่สามารถบอกสิ่งที่ตนต้องการให้ญาติมิตรทำ บางรายมีสิ่งที่ไม่เข้าใจอยู่ต่างๆ ที่ป่วยหนักมากแล้วแต่ยังไม่สามารถจากไปได้ อาจเป็นเรื่องที่กระทำผิดต่อคนอื่น หรือบางรายเป็นเรื่องเกี่ยวกับหนี้สิน มักพบว่าผู้นั้นจะจากไปด้วยความทรมานทราญ ดังนั้นในวาระสุดท้าย จึงควรจัดให้ญาติมิตรได้ขอโทษ ขออภัย ยกโทษหรือยกหนี้สินให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี[7,8]

การศึกษาของรีด (Reed)[9] พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวและสงบ ต้องการพบพระ หรือนักบวช ต้องการพูดคุยในเรื่องความเชื่อ ความกังวลและอยากให้ญาติอยู่ใกล้ชิด ควรใช้เวลาสำหรับผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ หรือพูดคุยกัน และเสนอแนะว่าความรู้ทางคลินิก เป็นความรู้จากประสบการณ์การทำงานที่มีความสำคัญโดยเฉพาะกับพยาบาลที่ขาดประสบการณ์ในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจึงควรพัฒนาตนในด้านทักษะการสร้างความสัมพันธ์ ความสามารถในการฟังส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปิดเผยความต้องการของตน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแล หรืออย่างน้อยที่สุดไม่ให้ขัดขวางต่อการแสดงออกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความสำคัญมากและไม่ใช่ว่าเรื่องง่าย ต้องการประสบการณ์ในการปฏิบัติ นอกจากนั้นทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์สูงกับวัฒนธรรมทางสังคมของพยาบาลเองซึ่งได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนาและระดับการศึกษา อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการทำความเข้าใจหรือซาบซึ้งกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีทางศาสนาต่างกัน[10]

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล (Transpersonal Caring) ของวัตสัน[11] เป็นทฤษฎีที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดูแลคนแบบองค์รวมอธิบายถึงการเชื่อมโยงของมนุษย์กับมนุษย์ที่แต่ละฝ่ายต่างสัมผัสถึงจิตของกันและกัน ซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพยาบาลผู้ดูแลจะต้องใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการคือให้คุณค่าเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและหวังดีต่อเพื่อนมนุษย์ สร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาและความหวัง ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น พัฒนาความไว้วางใจเพื่อเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธ์ภาพ ส่งเสริมและยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งด้านดีและไม่ดี ใช้กระบวนการดูแลในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ที่เข้าถึงบุคคล สนับสนุน ปกป้อง และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ จิต สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ยอมรับความเชื่อ จิตวิญญาณและโลกทัศน์ของแต่ละบุคคล ทฤษฎีนี้เน้นความรู้สึกนึกคิด ภูมิหลังของผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการที่พยาบาลจะเข้าถึงความรู้สึก

นึกคิดของผู้ป่วยได้มากเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่นการมีเวลาเพียงพอ ความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะเปิดเผยเรื่องส่วนตัวที่ลึกซึ้ง[12] จึงต้องอาศัยพยาบาลที่มีทักษะที่ ได้รับการฝึกฝนพัฒนาจากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมานาน โดยเบนเนอร์(Benner)[13] ได้ทำการศึกษาถึงคุณลักษณะของพยาบาลที่พัฒนาตนเองจนมีความเชี่ยวชาญ (expert) ซึ่งใช้เวลาในการปฏิบัติงาน 5 ปีขึ้นไป จะมีความรู้สึกที่ไว ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้รวดเร็วตรงประเด็น มีทักษะในการวิเคราะห์สูงมาก แม้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังจะตายอย่างกระทันหัน เพราะไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ สามารถตัดสินใจขับพลังตามญาติเข้ามาดูใจได้ทันเวลา อย่างไรก็ตามพยาบาลบางคนยังไม่กล้าเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพราะเกรงจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดี ซึมเศร้าหรือร้องไห้มากขึ้น[14]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเด็นของระยะเวลาการปฏิบัติงานและสถานการณ์จริงจากการทำงาน ว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพยาบาล แตกต่างกันหรือไม่ ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้จะเกิดประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

## วัตถุประสงค์

ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านระยะเวลา การทำงาน ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่การปฏิบัติงานระยะเวลาแตกต่างกัน มีความรู้ ต่างกัน
2. พยาบาลที่การปฏิบัติงานระยะเวลาแตกต่างกัน ทัศนคติ และการปฏิบัติพยาบาลต่างกัน
3. พยาบาลที่การปฏิบัติงานระยะเวลาแตกต่างกัน การปฏิบัติพยาบาลต่างกัน

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายของพยาบาลประจำการ จำนวน 250 คน ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2549 - พฤศจิกายน 2550

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น cross-sectional study

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลประจำการที่มาประชุมวิชาการ เพศชาย และหญิง คน รวมทั้งหมดจำนวน 250 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling) จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่ม ตามระยะเวลาการทำงาน ได้ดังนี้

- 1) ระยะเวลาทำงาน 1-5 ปี จำนวน 45 คน
- 2) ระยะเวลาทำงาน 6-10 ปี จำนวน 76 คน
- 3) ระยะเวลาทำงาน 11-15 ปี จำนวน 29 คน
- 4) ระยะเวลาทำงาน 16-20 ปี จำนวน 40 คน
- 5) กลุ่มที่ปฏิบัติงาน > 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 60 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ของพยาบาลประจำการที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะของพยาบาลประจำการที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** มีข้อความถาม 21 ข้อ ถ้าตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบจะไม่ได้คะแนน เกณฑ์ของคะแนนที่น้อยกว่าร้อยละ 50 หมายถึงความรู้ไม่ดี, ร้อยละ 60-69 หมายถึงความรู้พอใช้, ร้อยละ 70-79 หมายถึงความรู้ค่อนข้างดี, ร้อยละ 80-89 หมายถึงความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 90-100 หมายถึงความรู้ดีมาก แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น .75

**แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** มีข้อความถาม 19 ข้อ และแบ่งความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ เมื่อปรับคะแนนให้เป็นเชิงบวกแล้ว ค่าคะแนนสูงหมายถึงการมีทัศนคติที่ดี เกณฑ์ของคะแนนมี

ดังนี้ ค่าคะแนน 20-34 หมายถึงการมีทัศนคติที่ไม่ดี ค่าคะแนน 35-49 หมายถึงการมีทัศนคติปานกลาง ค่าคะแนน 50-64 หมายถึงการมีทัศนคติก่อนข้างดี ค่าคะแนน 65-80 หมายถึงการมีทัศนคติที่ดี แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น .7

**แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** มีข้อความถาม 32 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ มีตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้งจนถึงไม่ปฏิบัติ เกณฑ์ของคะแนนมีดังนี้ ค่าคะแนน 1.00-1.66 หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ดี ค่าคะแนน 1.67-2.33 หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลปานกลางค่าคะแนน 2.34-3.00 หมายถึงมีการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .97

## สถิติที่ใช้ศึกษา

การวิเคราะห์ ข้อมูล โดยใช้สถิติร้อยละ และ Analysis of Variance

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96 มีอายุเฉลี่ย 36.12 ปี (SD = 8.95) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.6 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 52.2 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.3 ปัจจุบันส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 66 สังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 64 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการพยาบาลเฉลี่ย 13.68 ปี (SD = 8.61) รายได้เฉลี่ย 20,115.21 บาท (SD = 8538.97)

จากตารางที่ 5 พบว่าระยะเวลาการทำงานต่างกัน มีผลต่อความรู้ของพยาบาลประจำการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

จากตารางที่ 6 พบว่าพยาบาลที่ทำงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้น้อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน 11-15 ปี และ 15 -20 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $p < .05$ ) นอกจากนั้น กลุ่ม 1-5 ปีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้น้อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน > 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (SD)
เพศ			
หญิง	241	96.4	
ชาย	9	3.6	
อายุ	248		36.08 ปี (SD = 8.92)
นับถือศาสนา			
พุทธ	236	95.5	
คริสต์	6	2.4	
อิสลาม	5	2	
สถานภาพสมรส			
โสด	131	52.6	
คู่	111	44.6	
หม้าย หย่าและแยก	7	2.78	
ระดับการศึกษา			
อนุปริญญา	5	2	
ปริญญาตรี	221	90.2	
ปริญญาโท	19	7.8	
การปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย			
ศัลยกรรม	162	65.9	
อายุรกรรม	6	2.4	
อื่นๆ	78	31.7	
หน่วยงานที่สังกัด			
กระทรวงสาธารณสุข	157	64.1	
มหาวิทยาลัย	39	15.9	
กรุงเทพมหานคร	17	6.9	
อื่นๆ	32	13.1	
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	250		13.68 ปี (SD = 8.61)
รายได้	245		20,052.84 บาท (SD = 8571.65)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (SD)
ลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ท่านดูแล			
ผู้ป่วยเรื้อรัง	117	46.8	
ผู้ป่วยหมดหวัง	36	14.4	
ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ	94	37.6	
ผู้ป่วยหนัก	49	19.6	
ผู้ป่วยเบา	64	25.6	
ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของท่านเสียชีวิตเฉลี่ย	175		2.49 ราย/เดือน (SD = 3.70)
ประสบการณ์ของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			
มีประสบการณ์	128	52.7	10.07 ปี (SD = 8.16)
ไม่มีประสบการณ์	115	47.3	
เคยร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับ			
การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			
เคย	78	30.8	
ไม่เคย	170	67.2	
การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาล			
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเอง			
เคย	81	32.4	
ไม่เคย	169	67.6	
ท่านมีความมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่			
มั่นใจ	168	67.5	
ไม่มั่นใจ	81	32.5	
ท่านมีความมั่นใจในการพยาบาลเพราะ			
มีประสบการณ์มาก่อน	64	38.1	
ใช้หลักธรรมะในพระพุทธศาสนา	55	32.7	
ได้รับความรู้จากการศึกษาวิชาชีพ	93	55.4	
มีประสบการณ์มาก่อนแต่ปฏิบัติไป	41	24.4	
ตามที่เห็นสมควร			
การปฏิบัติไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป	17	10.1	
ท่านไม่มั่นใจในการพยาบาลเพราะ			
ไม่มีความรู้เพียงพอ	46	56.8	
การปฏิบัติแตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป	23	28.4	
เกิดความไม่สบายใจขณะให้การพยาบาล	19	23.5	

**ตารางที่ 3** แสดงข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ่อยเพียงใด	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (SD)
<b>การใส่บาตร (n=244)</b>			
ไม่ทำ	13	5.3	
ทำ	231	94.7	
ใส่บาตร 2-3 ครั้ง / สัปดาห์		29	
ใส่บาตร 2-3 ครั้ง / เดือน		33.3	
ใส่บาตร 4-5 ครั้ง / ปี		32.5	
<b>การสวดมนต์ (n=243)</b>			
ไม่ทำ	33	13.6	
ทำ	210	86.46	
สวดมนต์ 5-6 ครั้ง / สัปดาห์		68.1	
สวดมนต์ 4-5 ครั้ง / เดือน		18.6	
สวดมนต์ 4-5 ครั้ง / ปี		7.1	
<b>การรักษาศีล</b>			
ไม่ทำ	54	23.9	
ทำ	172	76.1	
รักษาศีล 4-5 วัน / สัปดาห์		52.3	
รักษาศีล 2-3 วัน / เดือน		10.5	
รักษาศีล 2-3 วัน / ปี		16.9	
<b>การทำสมาธิ (n=227)</b>			
ไม่ทำ	112	49.3	
ทำ	114	50.2	
ทำสมาธิ 3-4 ครั้ง / สัปดาห์		47.4	
ทำสมาธิ 2 ครั้ง / เดือน		27.2	
ทำสมาธิ 3-4 ครั้ง / ปี		18.4	
<b>การฟังธรรม (n=236)</b>			
ไม่ทำ	71	30.1	
ทำ	165	69.9	
ฟังธรรม 2-3 ครั้ง / สัปดาห์		19.4	
ฟังธรรม 1-2 ครั้ง / เดือน		28.5	
ฟังธรรม 3-4 ครั้ง / ปี		41.2	

**ตารางที่ 4** แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การพยาบาล จำแนกตามระยะเวลาการทำงานและลักษณะ ประสบการณ์ในหอผู้ป่วย

ระยะเวลา	ความรู้ (จำนวนคน)	ทัศนคติ (จำนวนคน)	การปฏิบัติ (จำนวนคน)
1-5 ปี	$\bar{x}$ =13.89, SD= 2.13 (45)	$\bar{x}$ = 60.62, SD = 3.75 (45)	$\bar{x}$ = 2.57, SD= .244 (44)
6-10 ปี	$\bar{x}$ = 14.30 , SD=2.58 (76)	$\bar{x}$ = 62.42, SD= 5.04 (76)	$\bar{x}$ = 2.61, SD= .27 (75)
11-15 ปี	$\bar{x}$ = 15.52 , SD= 2.08 (29)	$\bar{x}$ = 62.72, SD= 4.65 (29)	$\bar{x}$ = 2.63, SD= .25 (29)
16-20 ปี	$\bar{x}$ = 15.43 , SD= 2.11 (40)	$\bar{x}$ = 61.75, SD= 6.53 (40)	$\bar{x}$ = 2.67, SD= .25 (38)
> 20 ปี	$\bar{x}$ = 14.93 , SD= 2.80 (60)	$\bar{x}$ = 61.85, SD= 7.77 (60)	$\bar{x}$ = 2.66, SD= .36 (55)
$\bar{x}$ s	$\bar{x}$ = 14.70 , SD= 2.49 (250)	$\bar{x}$ = 61.89, SD= 5.83 (250)	$\bar{x}$ = 2.63, SD= .28 (241)

**ตารางที่ 5** แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ จำแนกตามระยะเวลาการทำงาน

Source of variation	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลาการทำงาน	85.27	4	21.32	3.589	.007
Within Groups	1455.24	245	5.940		
Total	1540.50	249			

**ตารางที่ 6** แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ จำแนกตามระยะเวลาการทำงาน

ระยะเวลา (ปี)	1-5 ปี	6-10 ปี	11-15 ปี	16-20 ปี	> 20 ปี
1-5 ปี	-	-.41	-1.63**	-1.54**	-1.04*
6-10 ปี		-	-1.21*	-1.12*	-.63
11-15 ปี			-	.09	.58
16-20 ปี				-	.49
> 20 ปี					-

\*p &lt; .05 , \*\*p &lt; .01

**ตารางที่ 7** แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติโดยจำแนกตามระยะเวลาการทำงานและลักษณะหอผู้ป่วย

Source of variation	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลาการทำงาน	114.817	4	28.704	.842	.50
Within Groups	8356.047	245	34.106		
Total	8470.864	249			

ตารางที่ 8 แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาล โดยจำแนกตามระยะเวลาการทำงานและลักษณะหอผู้ป่วย

Source of variation	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลาการทำงาน	.299	4	.075	.931	.446
Within Groups	18.940	245	.080		
Total	19.239	249			

ตารางที่ 9 แสดงเกณฑ์และค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านจำแนกตามระยะเวลาการทำงาน และลักษณะหอผู้ป่วย รวมถึงอิทธิพลร่วมกันระหว่างระยะเวลาการทำงานและลักษณะหอผู้ป่วย

ประสบการณ์	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
1-5 ปี	พอใช้ (70.69%) ( $\bar{x}$ = 13.89, SD= 2.13)	เกือบดี ( $\bar{x}$ = 60.62, SD = 3.75)	ดี ( $\bar{x}$ = 2.57, SD= .244)
6-10 ปี	พอใช้ (70.56%) ( $\bar{x}$ = 14.30 , SD=2.58)	เกือบดี ( $\bar{x}$ = 62.42, SD= 5.04)	ดี ( $\bar{x}$ = 2.61, SD= .27)
11-15 ปี	ค่อนข้างดี (71.69%) ( $\bar{x}$ = 15.52 , SD= 2.08)	เกือบดี ( $\bar{x}$ = 62.72, SD= 4.65)	ดี ( $\bar{x}$ = 2.63, SD= .25)
16-20 ปี	ค่อนข้างดี (69.37%) ( $\bar{x}$ = 15.43 , SD= 2.11)	เกือบดี ( $\bar{x}$ = 61.75, SD= 6.53)	ดี ( $\bar{x}$ = 2.67, SD= .25)
> 20 ปี	ค่อนข้างดี (73.675%) ( $\bar{x}$ = 14.93 , SD= 2.80)	เกือบดี ( $\bar{x}$ = 61.85, SD= 7.77)	ดี ( $\bar{x}$ = 2.66, SD= .36)
รวมทั้งหมด	ค่อนข้างดี (70.63%) ( $\bar{x}$ = 14.70 , SD= 2.49)	เกือบดี ( $\bar{x}$ = 61.89, SD= 5.83)	ดี ( $\bar{x}$ = 2.63, SD= .28)

จากตารางที่ 7 พบว่าระยะเวลาการทำงานต่างกัน ไม่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะวิถึ

จากตารางที่ 8 พบว่าระยะเวลาการทำงานแตกต่างกันไม่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิถึ

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงาน ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลสรุปได้ดังนี้

**ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** พบว่าระยะเวลาการทำงานต่างกัน มีผลต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) พยาบาลที่ทำงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่ำกว่ากลุ่มที่ทำงาน 11-15 ปี และ 15 -20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01, p < .05$ ) นอกจากนั้นกลุ่ม 1-5 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่ำกว่ากลุ่มที่ทำงาน > 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ทั้งกลุ่มมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 70 โดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงาน

นาน 11-15 ปี มีคะแนนความรู้สูงสุดร้อยละ 73.45 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม กลุ่ม 1- 5 ปี มีคะแนนความรู้ต่ำสุดคือ ร้อยละ 66.14 และกลุ่ม 6-10 ปี มีคะแนนความรู้ร้อยละ 68.14 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้

**ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงาน ไม่มีผลต่อคะแนนทัศนคติ ส่วนลักษณะหอผู้ป่วย มีผลต่อคะแนนทัศนคติ ทุกกลุ่มอายุมีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ( $\bar{x}$  = 61.89, SD=5.83)

**การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** พบว่าระยะเวลาการทำงาน ไม่มีผลต่อคะแนนการปฏิบัติการพยาบาล และทั้งกลุ่มมีการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{x}$  = 2.63, SD = .28)

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการทำงานของพยาบาลมีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ช่วยด้านการพัฒนาความรู้ทางคลินิก เพราะสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นความรู้ที่สำคัญ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงตามธรรมชาติมีรูปแบบหลากหลายและซับซ้อน ซึ่งช่วยให้เข้าใจเนื้อหาความรู้ที่ได้นั้นมาจากทฤษฎีมากขึ้น[13] ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมีมากหรือน้อยจึงมีผลต่อพัฒนาการของพยาบาลมากกว่าการเรียนรู้จากตำรา[15] ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลที่เกิดนานๆครั้ง จึงทำให้โอกาสในการเรียนรู้ค่อยๆตามไปด้วย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อจำแนกตามลักษณะระยะเวลาการทำงานพบว่า พยาบาล ที่ทำงานระยะเวลา 1 - 5 ปี มีความรู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้คะแนนร้อยละ 66.14 ไกล่เคียงกับพยาบาลที่ทำงาน 6-10 ปี ซึ่งอยู่ในวอร์ดที่มีผู้เสียชีวิตน้อยมีความรู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้คะแนนร้อยละ 68.14 นอกนั้นมีความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี(ร้อยละ 70 - 73.89) ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวณิชย์ และคณะ[16] ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 5 ปีและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้เสียชีวิตน้อยจะมีความรู้ในระดับพอใช้ และได้คะแนนร้อยละ 67.71 ไกล่เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ได้มาจากการศึกษาอาจไม่เพียงพอให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากขณะเป็นนักศึกษา

ยังมองไม่เห็นปัญหาและความสำคัญ เมื่อจบเป็นพยาบาลประจำการมีพยาบาลเพียงร้อยละ 52.7 ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงต้องอาศัยความสนใจ ติดตาม และทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ไม่ล้าสมัย อย่างไรก็ตาม มีพยาบาลร้อยละ 67.2 ที่ไม่เคยเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และร้อยละ 67.6 ไม่เคยศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเอง

ระยะเวลาการทำงานที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลทุกกลุ่มมีทัศนคติค่อนข้างดี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.5 มีความมั่นใจที่จะให้การดูแลทั้งที่มีเพียงร้อยละ 52.7 ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าพยาบาลร้อยละ 32.7 นำหลักธรรมะทางพระพุทธศาสนามาใช้ในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการปฏิบัติธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 95.5 นับถือศาสนาพุทธ มีการฟังธรรม รักษาศีล สวดมนต์ และใส่บาตร ร้อยละ 69.9, 76.1, 86.4 และ 94.7 ตามลำดับ โดยจะสวดมนต์ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติแล้วพบว่าปัญหาส่วนหนึ่งเป็นเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพราะมีพยาบาลส่วนหนึ่ง(ร้อยละ 32.5) ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพราะคิดว่าตนเองไม่มีความรู้เพียงพอ (ร้อยละ 56.8) การดูแลนี้ที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป และรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าว (ร้อยละ 23.5) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ดาวดี[17] ที่พบว่าพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยที่สุดในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบเป้าหมายชีวิตและความตาย ซึ่งอาจเกิดจากการที่พยาบาลยังมีการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณน้อย จึงไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับผู้ป่วยและพยายามเลี่ยง[14] อย่างไรก็ตามประสบการณ์มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแล ดังที่วัตสัน (Watson)[18] กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยว่าพยาบาลเป็นแหล่งที่มีคุณค่าและเป็นความแข็งแกร่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงต้องค้นหาความหมายของชีวิตจากประสบการณ์ของตนในแต่ละวันเพื่อถ่ายทอดพลังนี้ให้กับผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นพบคุณค่าของตนจากประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญาและสิ่งที่ตั้งถาม ค้นหาแก่นของชีวิต สามารถแสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัว หรือผู้ที่เป็แหล่งของความหวัง

และกำลังใจ นำผู้ป่วยให้ค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตน พบสัจธรรมในชีวิต ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า และได้จากไปอย่างสงบ

ระยะเวลาการทำงานที่แตกต่างกันไม่มีมีผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้วิจัยคิดคะแนนการปฏิบัติเฉพาะผู้ที่เคยมีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่ไม่เคยให้การพยาบาลโดยตรงจะไม่ถูกนำมาพิจารณาในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลย์ลดา ฉันทวีโรจน์ชัย และคณะ[16] ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 5 ปี และมากกว่า 5 ปี มีการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี และระยะเวลาการทำงานเพียงอย่างเดียวไม่มีผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ยังมีระยะเวลาการทำงานและมีประสบการณ์พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

## ข้อเสนอแนะ

- ทางด้านการเรียนการสอนควรจัดให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มีประสบการณ์ตรงควบคู่ไปกับการเรียนภาคทฤษฎี
- ควรจัดอบรม ประชุมวิชาการหรือสัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณ
- ควรจัดตั้งหน่วยให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การดูแล ตลอดจนด้านจิตวิญญาณในกรณีที่มีปัญหานั้นเกินความสามารถของพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้นจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้

- พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าในวอร์ด ควรให้ความสนใจกับพยาบาลที่ทำงานเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 10 ปี ซึ่งอยู่ในวอร์ดที่มีผู้เสียชีวิตน้อย ถ่ายทอดความรู้ให้เห็นถึงกระบวนการอย่างครบวงจร ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพของการดูแลด้วยความเข้าใจอย่างถูกต้อง ในระยะเวลาที่สั้นขึ้น
- ควรมีเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nursing) ระดับปริญญาโท เพราะการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มีผลละเอียดยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมขึ้น และเป็นผู้นำให้กับพยาบาลอื่นๆ ในหอผู้ป่วย

## สรุป

การศึกษาถึงผลของระยะเวลาการทำงานและสถานการณ์ของงานที่ทำต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าระยะเวลาการทำงานมีผลต่อความรู้ในการพยาบาล ( $p < .01$ ) แต่ไม่มีผลต่อทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยภาพรวมพบว่าค่าคะแนนความรู้ในระดับค่อนข้างดี (ร้อยละ 70) มีทัศนคติค่อนข้างดี และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 61.89, SD=5.83, \bar{x} = 2.63, SD= .28$ )

ผลวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการพยาบาลด้านจิตวิญญาณและกลุ่มพยาบาลที่ยังมีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2544-2549). ดึงมาเมื่อ 4 ตุลาคม 2544 จาก: <http://www.moph.go.th>
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. **กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี:ดีไซร์จำกัด;2544.
- พุทธทาสภิกขุ. **ตัวกูของกู**. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา; 2503.
- Carson C. Spiritual Care. **J Neurosci Nurs** 1998; 30(1): 59-67.
- Stepnick A. Perry T. Preventing spiritual distress. **J Psychosoc Nurs** 1992; 30(1): 17-24.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และ วิภาดา คุณาวิกติกุล. **ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หน่วยที่ 11 ใน: อรัญญา เชาวลิต ประคอง อินทรสมบัติ วันดี สุทธิรังษี วิภาดา คุณาวิกติกุล พรจันทร์ สุวรรณชาติ (บรรณาธิการ). **คู่มือสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต** (หน้า 125-142). เอกสารประกอบการประชุมคณบดีและ หัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2545
- ขวัญตา บาลทิพย์. **ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ติดเชื้อเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542.
- อุทยา นาคเจริญ. **การเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
- Reed P. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminal ill hospitalized adults and well adults. **Applied Nurs Res** 1991; 4(3): 122-8.
- Taylor EJ, Highfield M. Amenta M. Attitude and beliefs regarding spiritual care: a survey of cancer nurses. **Cancer Nurs** 1994; 17(6): 479-87.
- Watson J. **Nursing: human science and human care**. New York: National League for Nursing. 1988.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล: **ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง; 2544.
- Benner P. Tanner C. Chesla C. From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. **Adv Nurs Sci** 1992; 14(3): 13-28.
- สิรินทร์ ศาสตราณรงค์. **การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ข่าวคณะแพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดึงมาเมื่อ 26 มิถุนายน 2549 จาก <http://medinfo.psu.ac.th/mednews2/n198/n13>
- Benner P. The wisdom of our practice. **Am J Nurs** 2000;100(10):99-105.
- วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ ยุวดี ชาติไทย จรุง งามวิจิตรวงศ์. ผลของระยะเวลาการทำงานและสถานการณ์ของงานที่ทำ ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. องค์การแห่งการเรียนรู้ **เส้นทางสู่การพัฒนาการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์; 2549. หน้า 75-85.
- สุภาพร ดาวดี. **ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
- Watson, J. The theory of human caring: retrospective and prospective. **Nurs Sci Q** 1997. 10(1), 49-52.