

ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย



นางนวรรตน์ มีถาวร

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF NURSING QUALITY DEVELOPMENT IN END OF LIFE CARE
OF HEAD NURSES



Mrs. Nawarat Meethavorn

ศูนย์วิทยุโทรพักร
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 2009

Copyright of Chulalongkorn University

นวรรค์ มีถาวร : ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย (EXPERIENCES OF NURSING QUALITY DEVELOPMENT IN END
OF LIFE CARE OF HEAD NURSES) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์, 149 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative
descriptive) ผู้ให้ข้อมูล คือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง เป็นผู้ที่มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น จำนวน 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ
สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้ออกความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหาตาม
วิธีการของโคไลซี่

ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายไว้ 3 ความหมาย คือ 1) การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 2) การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ
และ 3) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ส่วนประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นหลักที่ 1 ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เริ่มจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน
และ 2) เริ่มจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม ประเด็นหลักที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ 1) การดูแลด้วยความเข้าใจ โดย (1.1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์
และบุคลากร (1.2) เพิ่มสมรรถนะของบุคลากร และ (1.3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) การดูแลด้วย
ความเอาใจใส่ โดย (2.1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และ (2.2) ปรับปรุง
บริการอย่างต่อเนื่อง ประเด็นหลักที่ 3 ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) ผลต่อ
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ (1.1) สามารถเผชิญกับสถานการณ์คุกคามได้ดีขึ้น
(1.2) ได้ตายอย่างสงบ (1.3) ครอบครัวลดความโศกเศร้า 2) ผลต่อบุคลากร แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ (2.1) สุขใจกับ
ผลการพัฒนา (2.2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ (2.3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ผลต่อหน่วยงาน
แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ (3.1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น และ (3.2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อค้นพบที่ได้จาก
การศึกษานี้ไปสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนหัวหน้าหอผู้ป่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

สาขาวิชา... การบริหารการพยาบาล...ลายมือชื่อนิสิต.....นางรศ. มีถาวร.....
ปีการศึกษา...2552.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977574636: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: EXPERIENCES OF NURSING QUALITY DEVELOPMENT / END OF LIFE CARE / HEAD NURSES

NAWARAT MEETHAVORN: EXPERIENCES OF NURSING QUALITY DEVELOPMENT IN END OF LIFE CARE OF HEAD NURSES. THESIS ADVISOR: ASST.PROF.CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D., 149 pp.

The purpose of this qualitative study was to explore head nurses experiences of the development of nursing quality for End of Life Care. Fourteen head nurses who had experiences of End of Life Care in a selected university hospital participated in the study. In-depth tape-recorded interviews were used to collect data. All interviews were transcribed verbatim and analyzed using the content analysis method of Colaizzi.

The study findings are as follows:

The experiences of head nurses regarding the improvement of nursing quality in End of Life Care reflect 3 areas of importance: 1) Care management must be based on patients' and relatives' needs 2) Care management must conform to professional standards 3) Care management must be based on the palliative needs of patients. In the development of quality End of Life Care in nursing two parameters must be considered: 1) the policies of the hospital and 2) personal conscience: the importance of enabling a peaceful end of life for the patient. As for the phases of development of quality nursing for End of Life Care. head nurses must: 1) Manage the care with understanding (1.1) Prepare workplaces, equipment, and staff appropriately (1.2) Improve staff capability to deal with conditions of the job and (1.3) Develop a manual of care based on standards of practice 2) Pay attention to care management (2.1) Provide activities that are related to the patients' problems and needs (2.2) Continue to improve the quality of care generally. Outcomes of the development of nursing quality for End of Life Care should provide the following benefits to patients and their families: (1.1) Enable them to cope better with threatening situations (1.2) Help them to go through the dying process peacefully (1.3) Reduce patients' families grief. 2) The effects on professionals involved in end of life care should lead to: (2.1) Satisfaction with the outcomes of quality care development (2.2) Exchange of relevant knowledge (2.3) Acceptance from the multidisciplinary team working in the department. 3) Beneficial effects for the organizations concerned will (3.1) Contribute to the improvement and quality of care and (3.2) Establish a learning network.

The results of this study give an understanding of the meaning of the experiences of head nurses regarding the development of quality nursing for end of life care. Nurse executives could use the findings of this study to motivate and support head nurses in the development of quality nursing care.

Field of Study :Nursing Administration... Student's Signature : Nawarat Meethavorn
Academic Year:2009..... Advisor's Signature : Wasinee Wisersith

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนิ วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้กำลังใจ ให้โอกาสได้เรียนรู้ และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จิระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และพันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษแด่หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่าน ที่เห็นความสำคัญ และสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตรเอาใจใส่ให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยความรักความปรารถนาดีเสมอมา ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกท่านที่ให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ทำயที่สุดขอบคุณคู่ชีวิต และครอบครัวที่เป็นเพื่อนคอยดูแลห่วงใยและเป็นแรงใจที่สำคัญตลอดเวลา ตลอดจนให้กำลังใจจนทำให้สามารถสำเร็จการศึกษาอย่างภาคภูมิใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
คำถามการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ	7
บทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย.....	12
การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล.....	20
การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	26
ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา.....	49
ผู้ให้ข้อมูล	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	59

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา.....	61
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	120
ภาคผนวก ก แนวคำถามในการสัมภาษณ์.....	121
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ค ตารางรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล.....	133
ภาคผนวก ง ภาพแสดงกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	149

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล.....	134
2 แสดงรายละเอียด ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย.....	137
3 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	139



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีอาการต่างๆบ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (องค์การอนามัยโลก, 1990) ในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามาก มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการรักษาที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น (วนิดา ศรีวรกุล, 2537) จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาให้หายได้ และผู้ป่วยไม่ควรตาย แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่เต็มที่มีมากเกินความจำเป็นมีค่าใช้จ่ายที่สูงทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักสามารถอยู่ให้นานที่สุด การศึกษาของ วนิดา ศรีวรกุล (2537) พบว่าในอดีตครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่บ้าน ท่ามกลางญาติพี่น้องที่คอยดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน การดูแลในสถานพยาบาลจะเกิดเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อควบคุมอาการทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่จึงเป็นภาระของแพทย์ พยาบาลเพราะผู้ป่วยต้องการให้มีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ซึ่งเกิดจากโรค และความเจ็บป่วยให้หมดไป (ชมพูนุช พงษ์ศิริ, 2546)

สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถึงแม้อาการของโรคจะลุกลามและทีมผู้รักษาคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย แต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าตายเวลาใด วันใด จนกว่าความตายจะเกิดขึ้น ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในสถานการณ์เช่นนี้คือทำอย่างไร ชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยจึงจะเป็นชีวิตที่มีคุณภาพ ได้รับสิ่งที่ดีที่สุด และพบกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี ซึ่งทีมการพยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองให้มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานการดูแล มีความคุ้มค่า ผู้ใช้และผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ จากภาระหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องอยู่ในสถานะของผู้รับผิดชอบทั้งต่อหน่วยงานและผลการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชา เมื่อการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน อาจทำให้การพยาบาลและการดูแลของพยาบาลประสบปัญหา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามมา อีกทั้งครอบครัวต้องเกิดภาระในการดูแลเป็นเวลานานขึ้น เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพที่ต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพ คำนึงถึงสิทธิ คุณค่าความเป็นมนุษย์ และความเท่าเทียมกันรวมถึงตอบสนองต่อความต้องการ ความคาดหวังและข้อเรียกร้องของประชาชน นอกจากนี้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นยิ่งทำให้ประชาชนเลือกรับบริการที่มีคุณภาพเท่านั้นเพื่อความคุ้มทุนในการใช้บริการ ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางสังคมย่อมได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นนโยบายที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว งบประมาณที่มีอย่างจำกัด ทำให้องค์กรสุขภาพต้องหาแนวทางพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและเพื่อให้ได้รับการประกันคุณภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนพิจารณาเลือกใช้บริการในสถานบริการสุขภาพนั้นๆ

ความเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจดังกล่าวเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้หน่วยงานหรือองค์กรหรือบุคคลต้องตอบให้ได้ว่า สิ่งที่เราทำนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และความต้องการของสังคมหรือไม่ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ต้องตอบให้ได้ว่าผลงานของเรามีคุณภาพหรือไม่นั่นเอง ซึ่งในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการด้านคุณภาพบริการนี้จำเป็นต้องมีมาตรฐานในการดูแล จึงจะสามารถสะท้อนให้เห็นว่าการบริการหรือการดูแลที่เราได้จัดขึ้นและมอบให้แก่ผู้ให้บริการนั้นมีคุณภาพอยู่ในระดับใด รวมทั้งใช้ในการเปรียบเทียบระดับคุณภาพในช่วงเวลาต่างๆ ได้

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น เป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินการให้บริการในหอผู้ป่วยและดูแลบริหารงานให้สามารถดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะต้องเป็นผู้ประเมินสภาพและรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการในหอผู้ป่วย แล้วจึงมอบหมายงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชาให้เหมาะสม และต้องควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการจัดให้มีการบริการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ และมีบทบาทในการทำให้การดำเนินงานภายในหน่วยงานประสบความสำเร็จตามพันธกิจขององค์กรนั้น ดังนั้นจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีในทรัพยากรทุกประเภทภายในหอผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ (Ameigh, 1996) มีรายงานการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญเพราะเป็นทั้งผู้บริหารและเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีความใกล้ชิดกับบุคลากรทุกประเภททุกระดับรวมทั้งผู้ป่วยมากที่สุด และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินในหอผู้ป่วยจะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งสิ้น (สุมาลี จักรไพศาล, 2541) ซึ่ง กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2549)

ได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ ด้านการบริหารงาน เป็นผู้รับนโยบายจากผู้บริหารนำมาปฏิบัติในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ด้านบริการ เป็นหัวหน้าทีมในการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น รวมทั้งเป็นผู้นิเทศงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชา และในด้านวิชาการ โดยให้ความร่วมมือแก่ผู้ศึกษาวิจัย รวมทั้งเป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้วิชาการด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาที่พบในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยในปัจจุบัน คือการให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป (วงรัตน์ ใสสุข, 2544) ขัดแย้งกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลที่เน้นการรักษาโรคมารับเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (จอณพะจง เฟื่องจาด, 2547; Skilbeck and Payne, 2005) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สมบูรณ์ ไม่ใช่การดูแลเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายด้วย พันธกิจของหออภิบาลผู้ป่วยในปัจจุบัน จึงไม่ใช่เฉพาะการดูแลเพื่อรักษาชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการการดูแลอย่างมีเมตตาต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกำลังเสียชีวิตด้วย (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชัยนาถ ฤณ นกร และคณะ (2538) และ Clarke et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมในระดับมาก การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการอาการทางกายที่เห็นชัดเจนขณะเจ็บป่วย การพยาบาลที่ให้มุ่งที่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อความตาย ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด นอกจากจะสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแล้ว จะต้องคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เป็นจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปได้จริง เพื่อให้มีชีวิตช่วงสุดท้ายที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทบทวนมาทั้งหมดยังไม่ครอบคลุมถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นำที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative descriptive) เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง และ คัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ 1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่มผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น และ 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยสัมภาษณ์คนละ 1- 2 ครั้งๆ ละประมาณ 45- 50 นาที เฉลี่ยคนละ 48.66 นาที และใช้วิธีการบันทึกเทปเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดว่าจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 14 คน ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 72 วัน

คำถามการวิจัย

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นอย่างไร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การเล่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์

ทรมานน้อยที่สุดโดยมีการดูแลด้วยความเข้าใจและการดูแลด้วยความเอาใจใส่ ด้วยการจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวสามารถเผชิญกับสถานการณ์ทุกข์คาม ได้ดีขึ้นได้ตายอย่างสงบ ครอบครัวลดความโศกเศร้าเมื่อผู้ป่วยจากไป

2. **หัวหน้าหอผู้ป่วย** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพชั้นที่ 1 จากสภาการพยาบาลและได้รับมอบหมายให้ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป ที่มีประสบการณ์ในด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง

3. **การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีอาการแสดงบ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานหมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใดๆ ซึ่งมีอาการต่างๆบ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทรمانต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีภาวะสุขภาพดังเดิม แต่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรี ใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่าที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก อบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล และความเจ็บป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อความรู้ที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีบริบทใกล้เคียงกันให้สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยในประเด็นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาคูณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการวิจัย โดยกำหนดเป็นหัวข้อและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
 - 1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
 - 1.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
 - 1.3 องค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
2. บทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 2.1 คุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 2.2 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 2.3 บทบาทในการพัฒนาคูณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย
3. การพัฒนาคูณภาพการพยาบาล
 - 3.1 ความหมายของคูณภาพการพยาบาล
 - 3.2 แนวคิดการพัฒนาคูณภาพการพยาบาล
4. คูณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคูณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นโรงพยาบาลที่มหาวิทยาลัยทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคจัดตั้งขึ้น โดยให้คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยเป็นผู้ควบคุมการบริหาร ดำเนินการ ตลอดจนบริการต่างๆทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนมีจำนวนเตียงตั้งแต่ 250 – 2,300 เตียง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่ผู้วิจัยศึกษาพระราชทานกำเนิดขึ้นโดยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว สร้างโรงพยาบาลขึ้นในที่ดินส่วนพระองค์ เพื่อเป็นอนุสรณ์ในพระราชบิดา และได้เข้าเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายมหาวิทยาลัยของรัฐ ตั้งแต่ปี 2542 มีเตียงรับผู้ป่วย 1,500 เตียง เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุกสาขาและทุกระบบโรค แบ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วย ศัลยกรรม หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยหู คอ จมูก หอผู้ป่วยรังสีรักษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยสูติศาสตร์-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วยพระภิกษุสงฆ์ อาพาธ นอกจากนี้ยังเป็นสถานศึกษา เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาหลายสาขาเช่น แพทย์ พยาบาล ฯลฯ โรงพยาบาลระดับ Super-tertiary care จะมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถ บริการตรวจวินิจฉัย ค้นหา คัดกรอง วางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระดับที่ยุ่ยากซับซ้อนสูงกว่า ระดับตติยภูมิทั่วไป โดยทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางซึ่งจะ ประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (ทัศนา บุญทอง, 2543; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของรัฐ และสร้าง นวัตกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นสถานศึกษา เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ของนักศึกษาหลายสาขา ตลอดจนบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพต่างๆ รวมทั้งให้บริการด้านวิชาการ และด้านงานวิจัย (ทัศนา บุญทอง, 2543) นอกจากนี้ สภาการพยาบาล (2549) ได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จากหมวดที่ 1 มาตรฐานองค์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ ดังนี้ มีการ จัดระบบบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ มุ่งเน้นการให้บริการแบบองค์รวม มีระบบบริการตาม มาตรฐานการบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล มีการประสานความร่วมมือ ในลักษณะสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ มีการกำหนดนโยบาย และแนวทางการใช้ กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ มีการจัดระบบสารสนเทศ และการ

ใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ในการบริหารจัดการ การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผดุงครรภ์

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีลักษณะงานที่ ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนทุกสาขาและทุกระบบ โรค ต้องใช้เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า โดยทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และเป็นแหล่งการศึกษาวิจัยของบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล จะต้องมึระบบการดูแลต่อเนื่อง และเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐให้บริการในระดับเดียวกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิคือ มีลักษณะงานที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา สุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เน้นการให้บริการผู้ป่วยโดยการแก้ไขความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อน รุนแรงจนถึงวิกฤติ มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้นช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอีกทั้งยังเป็นแหล่งฝึกของบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนเป็นศูนย์กลางด้านวิชาการ การศึกษาวิจัยและการบริการที่เน้นคุณภาพ (ทัศนา บุญทอง, 2542) จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (2550) ได้ระบุให้โรงพยาบาลต้องมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพสูง โดยมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่ในการจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ ในการจัดการความรู้ต้องมีการรวบรวม / ถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร/ แลกเปลี่ยนความรู้ แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่นำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งทักษะเชิงวิชาชีพที่สำคัญ คือการประยุกต์ความรู้โดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีเหตุผล มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการกำหนดพันธกิจและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ในการให้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศด้วยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจึงต้องมีการสนับสนุนเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษา มาประยุกต์ใช้ เช่น ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และค้นหาผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เพื่อต่อยอดโครงการพัฒนาคุณภาพต่างๆ จึงจะทำให้โรงพยาบาลนั้นมีมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดไว้

จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีลักษณะงานที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา สุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค จะเน้นการให้บริการผู้ป่วย โดยการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤติ มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการบริการที่เน้นคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อความเป็นเลิศ จำเป็นต้องมีการกำหนดพันธกิจ และวางแผนกลยุทธ์ ในการจัดการความรู้ ใ้บุคลากรทางการแพทย์ ได้มีความรับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพสูง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร ดังจะกล่าวในเรื่องบทบาทและหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป

1.3 องค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

องค์การพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ทูกระดับทั้งระดับผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการและบุคลากรอื่นๆ มาร่วมกันดำเนินการและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ องค์การพยาบาลที่มีชื่อเรียกแตกต่างกันตามความนิยมหรือความเหมาะสมของโรงพยาบาลหรือสถาบันบริการสุขภาพ บางแห่งเรียกกองพยาบาลหรืองานพยาบาล เช่น กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่ากลุ่มงานพยาบาล ส่วนทบวงมหาวิทยาลัยใช้คำว่า ฝ่ายการพยาบาล หรือฝ่ายบริการพยาบาล ซึ่งหมายถึงองค์การพยาบาลนั่นเอง (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2539) การจัดองค์การพยาบาลต้องคำนึงถึงเป้าหมายขององค์การ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกขององค์การ การกำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน มีการแบ่งงานตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดอำนาจหน้าที่ให้สอดคล้องกับบุคคลแต่ละตำแหน่ง มีการปรับเปลี่ยนระบบงาน โครงสร้างองค์การให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมถึงการ สนับสนุนความก้าวหน้าตามบันไดอาชีพ (ยุพดี โสคติพันธ์, 2539) และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถทางด้านวิชาชีพการพยาบาลและก้าวหน้าความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีการพัฒนาตลอดเวลาเพื่อ การให้บริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อถือไว้วางใจสอดคล้องกับความต้องการที่หลากหลายของผู้ใช้บริการและเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน

การบริหารงานขององค์การพยาบาลประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ (สำนักการพยาบาล, 2549)

ได้กล่าวถึงลักษณะงานขององค์การพยาบาลไว้ 4 ด้าน คือ ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านบริการพยาบาล ด้านวิชาการพยาบาล และด้านการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบมีประสิทธิภาพและสามารถสนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลให้เป็นระเบียบมีขั้นตอน โดยให้มีอุปสรรคหรือปัญหาการทำงานน้อยที่สุด

2. ด้านการบริการพยาบาล เป็นการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพโดยยึดการพยาบาลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ประหยัด ให้ผู้ป่วยบรรเทาหรือทุเลาจากความเจ็บป่วย ปราศจากอาการทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้าดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขรวมทั้งดูแลตนเองหลังจากเจ็บป่วยมีความรู้ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพสงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ด้านวิชาการการพยาบาล เป็นการจัดระบบสนับสนุนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะตลอดจนมีคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ

4. ด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการจัดระบบงานให้การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆของหน่วยงานสอดคล้องกัน การบรรลุจุดมุ่งหมายของการจัดบริการพยาบาล ตลอดจนลดปัญหาอุปสรรคและข้อขัดแย้ง ทำให้การทำงานคล่องตัว มีแนวทางในการดำเนินงานติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ

สภาการพยาบาล (2549) ได้กำหนดมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการประเมินคุณภาพขององค์การพยาบาลในมาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีข้อกำหนดดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม โดย

1.1 มีการเลือกใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในแผนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล

1.2 มีแผน และวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในการนำศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติ

1.3 มีการประเมินผล และมีการปรับปรุงวิธีการใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. มีการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง โดย
 - 2.1 มีกระบวนการนำมาตรฐานวิชาชีพมาใช้ในการปฏิบัติที่เป็นจริง
 - 2.2 มีการประเมินผลการนำมาตรฐานไปใช้ในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
 - 2.3 มีกระบวนการพัฒนาการใช้มาตรฐานในการปฏิบัติ
 - 2.4 ข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้อง
เที่ยงตรง
 - 2.5 มีการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ เช่น มีการจัดการความรู้
เป็นต้น
3. มีการสร้างความรู้/ทำวิจัย และบูรณาการความรู้จากงานวิจัย มาใช้เป็นแนวปฏิบัติ
ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดย
 - 3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้อง
เที่ยงตรง
 - 3.2 มีการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ เช่น มีการจัดการความรู้
เป็นต้น
4. มีระบบการตรวจสอบ และประเมินกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ โดย
 - 4.1 มีแนวทางการตรวจสอบ และประเมินกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล
และการผดุงครรภ์
 - 4.2 มีการตรวจ ตรวจสอบและการประเมินกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล
และการผดุงครรภ์
 - 4.3 มีการประเมินและปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบ และการประเมิน
กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 4.4 มีบุคคล / คณะกรรมการ ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินกระบวนการ
ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

กล่าวโดยสรุป องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ มีบทบาทหน้าที่
ความรับผิดชอบ โดยมุ่งพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถและมีคุณธรรม เพื่อให้การบริการ
พยาบาล ผู้ป่วยทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกันและการส่งเสริมได้อย่างปลอดภัย ถูกต้องตาม
มาตรฐานการพยาบาลและวิชาชีพ โดยมีการประเมินคุณภาพขององค์กรตามมาตรฐานจากสภากา
พยาบาลตามข้อกำหนด องค์กรพยาบาลจะต้องให้บุคลากรมีความรู้ และบูรณาการความรู้มาใช้เป็น

แนวปฏิบัติในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง นำวิชาชีพและองค์การสู่ความเป็นเลิศเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ใช้บริการ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนนาระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมในยุคการปฏิรูปมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

2. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางของงานบริการสุขภาพในสถานบริการ เนื่องจากหอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาปฏิบัติสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด หอผู้ป่วยจึงเป็นจุดของการสร้างสรรค์คุณภาพการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ทำหรือควบคุมการปฏิบัติงานบริหารบุคลากรในหน่วยงาน จัดการโครงการของหน่วยงาน โดยมีขอบข่ายและความรับผิดชอบที่ชัดเจน ร่วมให้คำแนะนำและแสดงความคิดเห็นในงานที่รับผิดชอบตามที่ได้รับมอบหมาย เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรในหน่วยงาน กีดกันวิธีการนำจุดเน้นของหน่วยงานลงสู่การปฏิบัติ และเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน (สำนักการพยาบาล, 2549) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อความก้าวหน้าหรือความล้มเหลวขององค์การ

2.1 คุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้กำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิปริญญาทางการพยาบาลหรืออนุปริญญาการพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ได้ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งพยาบาลประจำการมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี มีความชำนาญและประสบการณ์ในด้านที่กำลังปฏิบัติเป็นอย่างดี โดยมีคุณสมบัติทั่วไป คือ เป็นผู้นำ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีทักษะในการสอนสั่งงาน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงานแลบุคคลทั่วไป สามารถประสานงานในทีมสุขภาพ

2.2 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549: 37-39) กำหนดหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการ/งานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Operation/expertise) พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานให้สอดคล้องตามเข็มมุ่งและเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาล รวมทั้งภารกิจหลักหรือจุดเน้นของหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ให้การพยาบาลและ/หรือเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อผู้ป่วย จัดทำมาตรฐาน/แนวทางในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดผลลัพธ์สูงสุดกับบริการของหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและมีคุณภาพ รวมทั้งศึกษา วิเคราะห์ปัญหา/สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อการวินิจฉัย แก้ไข และป้องกันปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา สร้างสรรค์บรรยากาศในการทำงานเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ดูแลให้มีการปฏิบัติงานตามนโยบาย

2. ด้านบริหารและกำกับดูแล (Management and supervisory) บริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในระดับหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ตามนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด เพื่อให้หน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลได้ตามมาตรฐานที่กำหนด วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการบริหารและการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อปรับปรุงระบบบริการของหน่วยงานให้สามารถบรรลุผลลัพธ์การดำเนินงานที่พึงประสงค์ และมีความคุ้มค่า คำนึงถึงระบบการมอบหมายงานให้กับบุคลากรในความรับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการของหน่วยงาน จัดระบบข้อมูลสารสนเทศภายในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน กำกับ ดูแล ควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้การปฏิบัติงานของ บุคลากรในหน่วยงานเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (Performance evaluation) ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดแผนพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านวางแผน (Planning) จัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานด้านบริหาร บริการ และวิชาการเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาล ร่วมวางแผนการศึกษา และการสอนนักศึกษาทางคลินิกในหลักสูตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อให้การเรียนการสอนดังกล่าวมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และร่วมผลิตนักศึกษาที่มีคุณภาพ

เหมาะสมกับการปฏิบัติงานพยาบาล สรุปผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นข้อมูลนำสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการหรือปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาล

4. ด้านการประสานงาน (Communication and cooperation) เป็นตัวแทนของหน่วยงานในการประชุมคณะกรรมการต่าง ๆ ของกลุ่มการพยาบาลและ/หรือโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูล/เสนอความคิดเห็น และประสานงานในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลดำเนินการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคลากรในหน่วยงานกับสาขาวิชาชีพและผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ใช้การเจรจาต่อรอง แก้ไขและประสานความขัดแย้งทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงาน และรักษาสิทธิประโยชน์ของบุคลากรในหน่วยงาน จัดระบบการสื่อสารภายในหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การปฏิบัติงานภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นไปอย่างรวดเร็ว คล่องตัว

5. ด้านการบริการ (Service) ทำหน้าที่สอนงานและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาหรือตอบข้อหารือทางการแพทย์ แก่บุคลากรภายในหน่วยงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ เพื่อให้บุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าวมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นปัญหาจัดทำหรือสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงาน ในเรื่องการศึกษา วิจัย คิดค้น หาความรู้หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการพยาบาล เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน

Fox, Fox, and Wells (1999) ได้กล่าวถึง การปฏิบัติบทบาทของผู้บริหารระดับต้นที่ถูกต้องและมีเหตุผล ซึ่งสภาการพยาบาลแห่งอเมริกาโดยคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มีความเห็นพ้องในการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้บริหารระดับต้น เพื่อผลการทำงานของบุคลากร ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาล (Clinical practice) หมายถึง การที่ผู้บริหารจะต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง เป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยและครอบครัว

2. การศึกษาและการวิจัย (Education and research) หมายถึง ผู้บริหารระดับต้นต้องมีการสอนเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการและญาติ นักศึกษา มีส่วนร่วมในการวางแผนหลักสูตรและการวิจัย

3. การเป็นผู้นำ (Leadership) หมายถึง ผู้บริหารต้องติดตามงานอย่างใกล้ชิดกับบุคลากร มีการประชุมบุคลากร มีสัมพันธภาพกับบุคลากรทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรแสดงพฤติกรรมที่เป็นตัวอย่างที่ดี

4. การปฏิบัติงาน (Operation) หมายถึง ผู้บริหารต้องจัดตารางการทำงานให้เหมาะสมด้านบุคลากรหาสิ่งสนับสนุนการทำงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีการวางแผนการทำงาน มีการบริหารงบประมาณ โครงการเฉพาะของหน่วยงานและติดตามปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

5. การบริหารบุคลากร (Personal management) หมายถึง ผู้บริหารจะต้องมีบทบาทสัมภาษณ์บุคลากรเข้าทำงานในหน่วยงาน การจ้างงาน การเป็นที่ปรึกษา การแก้ปัญหา

6. การพัฒนาคุณภาพ (Quality management) หมายถึง การที่ผู้บริหารมีการติดตามการรายงานผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

7. การประสานงานอย่างเป็นระบบ (System coordination) หมายถึง การที่ผู้บริหารเข้าเป็นคณะกรรมการต่างๆของโรงพยาบาล มีร่วมประชุมกับแพทย์ ผู้บริหารต่างๆของโรงพยาบาล และผู้บริหารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน

8. การบริหารงานทั่วไป หมายถึง ผู้บริหารต้องมีการบริหารเวลาในการใช้คอมพิวเตอร์การตอบจดหมาย หนังสือ เอกสารต่างๆ รวมถึงการใช้โทรศัพท์ การเดินทางระหว่างหน่วยงาน และการแก้ปัญหาข้อบกพร่องของเครื่องมือต่าง ๆ

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

สำนักงานพยาบาล (2549) ได้แบ่งลักษณะงานที่ปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบริหารบริการพยาบาล ประกอบด้วยหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.1 บริหารงานบริการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยงาน/หอผู้ป่วย

1.1.1 เป็นผู้นำในการกำหนดปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจทางการพยาบาลในหน่วยงาน สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการนำไปเป็นแนวทางในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงาน

1.1.2 กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงาน/หอผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขท้องถิ่น โดยให้สอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่มงาน มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานที่ส่วนกลางกำหนด

1.1.3 ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

ตอบสนองต่อความของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในด้านการดูแลรักษาพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา เป็นที่พอใจของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและญาติ

1.1.4 จัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการในหน่วยงานได้รับข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เกิดประโยชน์ต่อการวางแผน ประเมินการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง รวมทั้งลดความเสี่ยงทางการเงินด้วย

1.1.5 จัดระบบบริการพยาบาลในหน่วยงาน/หอผู้ป่วยให้มีความคล่องตัวต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ มอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่หรือทีมให้การพยาบาลในหน่วยงานในแต่ละทีม เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ความสามารถของเจ้าหน้าที่และอัตรากำลังที่มีอยู่จัดการให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการพยาบาล ประสานแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้โอกาสผู้ป่วย/ญาติ มีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผล และทบทวนแผนการรักษา ประสานงานกับแพทย์ เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ซึ่งอาจมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและรักษาในขั้นต่อไป

1.1.6 กำหนดและควบคุมให้ผู้ปฏิบัติที่อยู่ในความรับผิดชอบให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ให้บริการเพื่อรับไว้ดูแลรักษาและการเตรียมก่อนจำหน่าย การประเมินสภาพผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ การวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยที่ตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ การจัดทำแผน การใช้แผนและการประเมินความเหมาะสมของแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการพยาบาล การจำหน่ายและติดตามการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับความสำเร็จของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย

1.1.7 ติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทบทวนผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นแง่บวกของการทำงาน และความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่าระวังและทบทวนข้อมูลร่วมกับผู้ปฏิบัติ เกี่ยวกับข้อมูลที่ชี้วัดคุณภาพ การบริการในหน่วยงานในแต่ละรอบเดือน เพื่อหาแนวทางพัฒนากระบวนการให้บริการพยาบาล เช่น อัตราการตาย การติดเชื้อ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลยาวนาน อัตราการครองเตียงสูง การร้องเรียนต่าง ๆ สุ่มทบทวนหรือวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลจากเวชระเบียน หรือเอกสารเกี่ยวกับการให้บริการ การเฝ้าระวังผู้ป่วย/ผู้ให้บริการในรอบ 24 ชั่วโมง ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อค้นหาวิธีการให้การพยาบาลที่ถูกต้องที่สุดสำหรับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ตรวจสอบการรักษาและการพยาบาล ที่ผู้ป่วยพึงได้รับด้วยการติดตามประเมินผลตามแผนการรักษา ควบคุม กำกับ ดูแล เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย

มีการดำเนินงานตามแผนการรักษาและแผนการพยาบาล กรณีมีปัญหาเกิดขึ้นจะต้องเป็นผู้วินิจฉัยสั่งการเพื่อแก้ไขปัญหาดูแลความถูกต้องและความเป็นระบบของผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการจัดการรักษาพยาบาล ตามสิทธิมนุษยชนที่พึงจะมีหรือปฏิบัติต่อกัน ให้ปลอดภัยและช่วยเหลือตามควรแก่ผู้ที่มีปัญหา เมื่อมีการชำรุดเสียหายของเครื่องมือเครื่องใช้ จัดการให้มีการซ่อมแซมเปลี่ยนแปลง แก้ไขพร้อมใช้งานได้เสมอ หรือจำหน่ายเมื่อชำรุดและเบิกของใหม่มาใช้แทน

1.2 บริหารบุคลากรในหน่วยงาน /หอผู้ป่วย ประกอบด้วยหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.2.1 จัดตารางเวรเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับปริมาณงาน ด้วยการจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมในแต่ละเวร โดยเจ้าหน้าที่แต่ละคนควรมีเวลาปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ และมีเวลาพักผ่อนเพียงพอ

1.2.2 จัดระเบียบการลาป่วย ลาพัก ลาพักผ่อนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระเบียบการลาของกลุ่มงานเพื่อให้ง่ายต่อการจัดระบบอัตรากำลังที่คล่องตัว

1.2.3 พัฒนาและฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ

1.2.4 ตรวจสอบนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ในหน่วยงาน/หอผู้ป่วย

1.3 การบริหารงานนโยบายทั่วไป กิจกรรมที่สำคัญเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยโดยตรง

1.3.1 ควบคุมกำกับ ดูแล จัดหาเสื้อผ้า วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ และอื่น ๆ ที่จำเป็นในด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับลักษณะงาน โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้ 1) ให้มีปริมาณเพียงพอในสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที 2) ให้มีระบบการเก็บรักษา การทำบัญชีสำรวจ และควบคุมการใช้จ่ายอย่างประหยัด และ 3) เมื่อมีการชำรุดเสียหายของเครื่องมือ เครื่องใช้ จัดการให้มีการซ่อมแซม เปลี่ยนแปลง แก้ไขพร้อมใช้งานเสมอ หรือจำหน่ายเมื่อชำรุดและเบิกของใหม่มาใช้แทน

1.3.2 ควบคุมกำกับ ดูแล และสั่งการเรื่องความสะอาดเรียบร้อยในหอผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1.4 สร้างเสริมสัมพันธภาพและการประสานงานที่ดีในระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนผู้มาติดต่อต่าง ๆ

2. ด้านวิชาการ ประกอบด้วยหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1 ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ทุกระดับในหน่วยงาน

2.2 ร่วมดำเนินการอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่เจ้าหน้าที่

- 2.3 วิเคราะห์ศึกษาปัญหาต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไขงานด้านบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2.4 จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
- 2.5 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นโดยทั่วถึง
- 2.6 เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.7 เป็นผู้ประสานงานกับอาจารย์พยาบาลประจำหน่วยงาน/หอผู้ป่วย จัดการฝึกภาคปฏิบัติให้สอดคล้องกับทฤษฎี
- 2.8 ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

3. ด้านบริการพยาบาล

ลักษณะปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล จะขึ้นอยู่กับระดับ พ.ช. ที่หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วยดำรงอยู่ เช่น หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 ลักษณะการปฏิบัติงานด้านบริการ ให้ศึกษาตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 เพียงแต่สัดส่วนการปฏิบัติด้านบริการจะน้อยกว่าผู้ปฏิบัติอื่น แต่หน้าที่หลักส่วนใหญ่จะเน้นไปด้านบริหารบริการพยาบาลในหน่วยงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ ทั้งทางด้านการบริหารงาน ด้านวิชาการ และด้านการปฏิบัติงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความรู้จริงในงานวิชาชีพ สามารถสนับสนุนให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล จะต้องแสดงบทบาททั้งด้านการบริหาร บริการ และด้านวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อหน่วยงาน ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งในด้านค่านิยมของสังคม ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพ รวมทั้งความคาดหวังของพยาบาลต่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ให้ทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ จากบทบาท ความสามารถและทักษะ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่พึงมีท่ามกลางสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน และความความคาดหวังในองค์กรที่ต้องการผู้บริหารที่มีความสามารถ มีความพร้อมทั้งในด้านการศึกษา ประสบการณ์ให้มุ่งไปสู่การบริการพยาบาล การพัฒนาบุคลากรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทุกรูปแบบ

2.3 บทบาทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญยิ่งในการสร้างคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานด้านคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จซึ่งรวมถึงการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้วย การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลถือเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งต้องมีศักยภาพและบทบาทในการเป็นผู้นำด้านคลินิก การประสานงานในทีมสุขภาพ บทบาทเหล่านี้ล้วนต้องปฏิบัติเพื่อทำให้เกิดคุณภาพของบริการพยาบาล (มาริสสา ไกรฤกษ์, 2550)

โดยที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในสภาวะการณ์ต้นตัวของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและการพยาบาลให้มีคุณภาพ ภายใต้ยุคของการปฏิรูปสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ทั้งภาวะกาย จิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ตลอดจนการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลในเงื่อนไขของการเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการให้บริการพยาบาลตามการปฏิรูประบบราชการ ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ ในการพัฒนาสังคมแก้ไขปัญหาความยากจนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนนั้น การศึกษา วิจัย และสร้าง องค์ความรู้ทางการพยาบาล เป็นหนึ่งในภารกิจหลักของแผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลที่พยาบาลตลอดจนหน่วยงานบริการพยาบาลจะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลอย่างเหมาะสม หัวหน้าหอผู้ป่วยในฐานะนักปฏิบัติในวิชาชีพที่จะต้องมุ่งเน้นการเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ ท่ามกลางกระแสความกดดันจากการปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูประบบราชการ การประเมินคุณภาพ และการประกันคุณภาพ ตลอดจนความสับสนที่เกิดขึ้นในช่วงของการเปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูปดังกล่าว เป็นกระแสหลักที่ส่งผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ระยะเวลาเปลี่ยนผ่านและการเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นโอกาสให้กับวิชาชีพพยาบาลที่จะพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best practice) และนำมาใช้เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับนั้น Walshc and Ham (1997 อ้างถึงใน วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2547) และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2548) กล่าวว่า หลักสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือการเปลี่ยนพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้ความรู้สึกและความคิดเห็น หรือการคาดเดาเอาเอง มาเป็นการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ใช้กระบวนการเชิงวิทยาศาสตร์ โดยที่การปฏิบัติที่ได้มาตรฐานนั้น

ต้องเป็นความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และมีความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

กล่าวโดยสรุปหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการ ที่เน้นให้คุณภาพบริการพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่บ่งบอกความเป็นเลิศในกิจกรรมการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการจนถึงขั้นพึงพอใจ โดยที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจะเป็นการเปลี่ยนพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการเชิงวิทยาศาสตร์ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ในขณะเดียวกันการพัฒนาคุณภาพนั้นต้องได้รับการประกันว่าสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า กิจกรรมการพยาบาล สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ได้

3. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

3.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

การให้ความสำคัญกับความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพ” เกิดขึ้นครั้งแรกในวงการอุตสาหกรรมเนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะการแข่งขันทางการตลาด การสูญเสียตำแหน่งผู้นำในการเสนอสินค้าใหม่ออกสู่ตลาด และประการสำคัญมีการถูกร้องเรียนจากผู้บริโภคเกี่ยวกับสินค้าและผลิตภัณฑ์ โรงงานผลิตสินค้าต่าง ๆ จึงต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้คุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์นั้นตรงตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้บริโภคและเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางการตลาด ต่อมาแนวคิดคุณภาพมีการให้ความหมายกว้างขึ้น โดยรวมกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสินค้าเพื่อลดข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่จะเกิดการสูญเสียในกระบวนการผลิต การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ลดต้นทุนของสินค้าแต่สามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้บริโภคมากขึ้น (Juran, 1992; Al-Assaf, 1998)

ตัวอย่างคำจำกัดความของคุณภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง มีดังนี้

Juran (1992) ให้ความหมายของคุณภาพว่าความเหมาะสมกับการใช้งาน (Fitness for use)

Crosby (1986) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับความต้องการ (Quality is conformance to requirements)

Deming (1986) ได้กล่าวถึงปรัชญาคุณภาพว่า การที่จะได้มาซึ่งคุณภาพนั้นจะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด โดยคำนึงถึงความต้องการของลูกค้าเป็นสำคัญ

Evans and William (2005) ได้กล่าวถึงผลงานวิจัยในการศึกษาคำจำกัดความของคุณภาพ โดยสอบถามผู้จัดการในบริษัท 86 แห่งที่มีความมั่นคงและเชื่อถือได้ในสหรัฐอเมริกาตอนใต้ พบว่าสามารถให้ข้อสรุปเป็นองค์ประกอบของคุณภาพได้ ดังนี้

1. ความสมบูรณ์แบบไม่มีตำหนิ ดีเลิศ (Perfection)
2. ความสม่ำเสมอ (Consistency)
3. การขจัดสิ่งที่เปล่าประโยชน์ (Eliminating waste)
4. การจัดหาได้ทันต่อความต้องการ (Speed of delivery)
5. การดำเนินตามนโยบาย/กระบวนการผลิต (Compliance with policies and procedures)
6. การตั้งข้อกำหนดของสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้ (Providing a good, usable product)
7. การทำให้ถูกต้องในครั้งแรก (Doing it right the first time)
8. ความพึงพอใจและนิยมชมชอบของผู้บริโภค (Delighting or pleasing customers)
9. ภาพรวมของการบริการที่สร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า (Total customer service and satisfaction)

ปัจจุบันแนวคิดและปรัชญาคุณภาพได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงในระบบบริการสุขภาพได้รับแนวคิดและปรัชญาคุณภาพมาปรับใช้ในการให้ความหมายปรัชญาหรือคำจำกัดความคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้องค์การหรือหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพได้เกิดความตระหนักถึงการทำงานอย่างมีคุณภาพ และนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงานขององค์กร/หน่วยงานให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นการสร้างหลักประกันแก่ลูกค้า หรือผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจ

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย คือ กระบวนการทำงานขององค์กร/หน่วยงานที่ได้มาซึ่งคุณภาพนั้นจะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพ เป็นการสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจ

3.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (Nursing service quality) มีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งมอบการบริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ เป็นการปรับมุมมองของผู้ให้บริการให้เห็นความสำคัญของคุณภาพและกระบวนการทำงาน การสร้างระบบตรวจสอบและปรับปรุงตนเอง เพื่อให้ผู้ให้บริการแต่ละราย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่พึงประสงค์ มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับตลอดจนเกิดความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องน้อยที่สุด (จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน โดยเริ่มต้นในยุคของ Florence Nightingale ปี 1860 โดย นิดิงเกิล ถือได้ว่าเป็นผู้ที่สร้างมาตรฐานการพยาบาลเป็นบุคคลแรก และในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 วิชาชีพการพยาบาลได้เน้นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและใช้ในการประเมินผู้ป่วย จากอดีตจนปัจจุบัน World (2004) ได้สรุปการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบทั่วไป (General) และการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบเฉพาะ (Specific) ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบทั่วไป (General approach)

เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสร้างหลักประกันคุณภาพแก่ประชาชนจากระดับความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการทางวิชาชีพการพยาบาล โดยการรับรองจากหน่วยงานของรัฐบาล หรือองค์กรทางวิชาชีพ เช่น การมีใบประกาศหรือหนังสือรับรองในการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Credentialing) การมีใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพการพยาบาล (Licensure) มีใบประกาศการรับรองคุณภาพจากสถาบันการศึกษา หรือ สภาการพยาบาล (Accreditation) ใบรับรองการปฏิบัติงานตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Certification) เป็นต้น

2. การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบเฉพาะ (Specific approach)

เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยการใช้วิธีการจัดการระบบบริการพยาบาลทั้งด้านการบริหารการพยาบาล และ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ/องค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานและเป็นการยกระดับคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการใช้ QA/QI โปรแกรมในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพบริการพยาบาลให้มีการปฏิบัติตาม

มาตรฐานวิชาชีพ การใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรแบบ TQM/CQI นำมาใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลด้วยหลักปรัชญาการจัดการคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงผลลัพธ์การปฏิบัติงาน เพื่อจัดหรือป้องกันความผิดพลาดในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน หลักสำคัญของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นแนวคิดแบบบูรณาการโดยใช้ร่วมกับแนวคิด QA/QI หรือการใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายผสมผสานกัน เช่น การทบทวนทางเวชระเบียน (Utilization review) การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic management) การสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูล (Evidence-based practice guideline) การระดมสมอง (Brainstorming) ความเห็นร่วม (Consensus) แนวคิดการจัดการทางการพยาบาล (Nursing management) เป็นต้น (Gillies, 1994; อาริยา สัพพะเลขา และคณะ, 2540; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2540; กองการพยาบาล, 2542; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543; กองการพยาบาล, 2544; จิตรศิริ ชันเงิน, 2547; Wold, 2004) ตัวอย่างเช่น

การนำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของกองการพยาบาล (2542) เป็นเครื่องมือในการสร้างเกณฑ์มาตรฐานของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานการพยาบาล เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งด้านการบริหารการพยาบาล ด้านวิธีการปฏิบัติ และผลลัพธ์ของการบริการพยาบาล ซึ่งกรอบแนวคิดสำคัญของการดำเนินการ คือ (1) ให้ยึดผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบริการพยาบาล โดยมีความตระหนักว่าผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ และประชาชนทั่วไปมีสิทธิที่จะคาดหวังในการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามที่ตนต้องการ (2) ความเป็นพลวัตรและความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และการสะท้อนกลับ (Feed back) ตามแนวคิดเชิงระบบ (System theory) โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นแนวทางในการปฏิบัติรวมทั้งการติดตามประเมินผล และเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (3) ภาวะผู้นำและ ความสามารถในการจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต่าง ๆ มีความสำคัญต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ (4) พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดและมีการประกันคุณภาพการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ จึงต้องมีวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกหน่วยงานบริการพยาบาลดำเนินการตาม

มาตรฐานนี้ และ (5) การพัฒนาหรือการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ต้องเป็นไปตามข้อเท็จจริง ซึ่งมีการเก็บรวบรวมโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ไม่ใช่การปรับปรุงตามโอกาส

โดยกองการพยาบาลได้กำหนดว่าเกณฑ์ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ของกลุ่มงานการพยาบาล นั้นประกอบด้วย

1. มีแผนแม่บทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร

2. มีแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานการพยาบาลและหน่วยบริการใน ความรับผิดชอบสอดคล้องกับแผนแม่บท โดย 1) กำหนดมิติของคุณภาพการพยาบาลและ/หรือ เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังทั้งในภาพรวมของกลุ่มงานการพยาบาลและในแต่ละ หน่วยบริการ 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของทีม บริหารทางการพยาบาลทุกระดับทั้งในประเด็นความรับผิดชอบของแต่ละคนและความรับผิดชอบ ร่วมกัน 3) กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังคุณภาพและ ประสิทธิภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล วิธีการประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการพยาบาล วิธีการรายงานผลการดำเนินการพัฒนาและการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ ติดตามสนับสนุน ช่วยเหลือให้คำแนะนำ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของหน่วยบริการในความรับผิดชอบให้มีการดำเนินการพัฒนาเพื่อ ประกันคุณภาพการพยาบาลของหน่วยบริการอย่างสม่ำเสมอ โดยให้การสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้ คือ (1) จัดให้มีกิจกรรมการประเมินตนเองเพื่อประเมินสถานการณ์ทางการพยาบาลของหน่วยงาน ครอบคลุมการวิเคราะห์ระบบงานบริการ วิเคราะห์ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หรือบุคคล / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลของหน่วยงาน ทบทวนหาข้อบกพร่องของกระบวนการดูแล / การให้บริการของหน่วยงาน โดยการติดตามผลการนำมาตรฐานการพยาบาล / มาตรฐานวิธีปฏิบัติไปใช้ และ (2) กำหนด กิจกรรมหรือ โครงการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล และประเมินผลสำเร็จของกิจกรรมหรือ โครงการโดยจัดให้มีการรายงานผลการพัฒนาให้กับกลุ่มงานการพยาบาล

4. วิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลเพื่อประเมินสถานการณ์ทางการพยาบาลและ ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อมุ่งรักษาคุณภาพบริการพยาบาล และการ พัฒนาคุณภาพของหน่วยงานในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ทบทวนคุณภาพการพยาบาลของแต่ละหน่วยบริการ ผลลัพธ์ชี้วัดคุณภาพการ

พยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล และแต่ละหน่วยบริการ เช่น อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และ ภาพพจน์ของวิชาชีพ โดยไม่ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ ผลการทบทวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการและญาติ

5. กำหนดวิธีปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล หรือ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับแต่ละหน่วยบริการรวมทั้งผู้ใช้บริการบนพื้นฐานข้อมูลที่ต้องการเชื่อถือได้

6. ปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามแนวทางแก้ไขที่กำหนด รวมทั้งร่วมกับทีมงานสาขาวิชาชีพอื่นในการประเมินผลการปฏิบัติการทางคลินิก หรือการบริการพยาบาล

7. ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และนำข้อสรุปมาเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนหรือกำหนดมาตรการหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน

8. สรุปรายงานผลการดำเนินการพัฒนาประเด็นข้อบกพร่องของระบบ หรือ กระบวนการที่ต้องการพัฒนาต่อเนื่อง และความร่วมมือในการพัฒนา รวมทั้งวิธีแก้ไขและมาตรการที่ต้องดำเนินการแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนเกณฑ์มาตรฐานของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานบริการพยาบาล ประกอบด้วย

1. หัวหน้าหน่วยงานสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิเคราะห์ ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและติดตามผลการดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับ วิเคราะห์ระบบงานบริการพยาบาล วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และผู้ใช้บริการหรือบุคคล / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัด ทบทวนหาข้อบกพร่องของกระบวนการดูแล / ให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง กำหนดกิจกรรมหรือโครงการปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้ผลการเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ข้อมูลของกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

3. มีการประเมินผลสำเร็จของกิจกรรมหรือโครงการปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

4. กำหนดมาตรการหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานจากผลการประเมินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

5. เฝ้าระวังติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรการหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จิตรศิริ ชันเงิน (2547) ได้นำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมและเชื่อในความรู้ประสบการณ์และศักยภาพของคนในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาของกลุ่มหรือองค์กรตนเองตามข้อเท็จจริงโดยประยุกต์กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988, 2000) ที่ประกอบด้วย การสะท้อนคิด การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกตประเมินผลเพื่อนำไปสู่การสะท้อนคิดในวงจรใหม่ ผลการศึกษา พบว่า แนวทางในการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่ใช้ศึกษาที่สำคัญ มี 2 วิธี คือ

1. กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สร้างเวทีในการสะท้อนคิด (Reflection) และ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Dialogue) และ แสวงหากลุ่มที่มีความมุ่งมั่น (กลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน)
2. กระบวนการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และ ร่วมประเมินผล / สังเกตการณ์

สรุปได้ว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล หมายถึง กระบวนการดำเนินงานหรือวิธีการในการสร้างมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการให้การดูแล ให้ถึงระดับที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะสามารถทำให้การบริการพยาบาลไปสู่เป้าหมายนั้น (Hughes, 1987 cite in Gillies, 1994) ร่วมกับนำแนวคิด เครื่องมือ หรือ วิธีการพัฒนาคุณภาพ มาใช้ในการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งในด้านการบริหารและด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลหรือการยกระดับของคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว ได้แก่

1. การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวโดยการพัฒนา ระบบการจัดบริการเชิงรุก ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ การประสานงานให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดูแล ได้แก่ พระสงฆ์ ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ เช่น การจัดสวัสดิการ ประชาสงเคราะห์

2. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และในชุมชนโดยจัดการดูแลในลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เช่น ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ตัดสินใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจ รับฟังปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลของครอบครัวและช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาข้อความรู้ทั้งมิติทางการแพทย์และมิติเชิงสังคมวัฒนธรรมเป็นแนวทางพัฒนากระบวนการจัดการดูแล พัฒนาแนวทางการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะใกล้ตาย แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การจัดการความปวด การพัฒนากิจกรรมหรือนวัตกรรมทางการแพทย์กลุ่มมือหรือแนวปฏิบัติสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้าย การจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย และการให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะใกล้ตาย และเผชิญความตายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความคิดการให้คุณค่า และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3. การพัฒนาศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์สภาพความต้องการ ปัญหา อุปสรรคการพัฒนาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทาง การจัดการดูแลที่เหมาะสม กระบวนการเสริมศักยภาพกระบวนการนี้อาจทำได้หลายส่วนขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกลุ่มว่ามีความต้องการในเรื่องใด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ให้การดูแลโดยตรง เช่น ครอบครัวที่ให้การดูแลมีความต้องการความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องการบรรเทาอาการปวดรุนแรงและการบรรเทาอาการอื่นๆ เช่น หายใจเหนื่อย ตลอดจนการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิตและหลังเสียชีวิตแล้ว นอกจากนี้ต้องการการช่วยเหลือเรื่องรายได้ การประกอบอาชีพความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ การได้รับการบริการดูแลอย่างมีคุณภาพไม่แบ่งแยก ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องการความรู้เรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทันสมัย ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการให้คำปรึกษา ดังนั้นกระบวนการเสริมศักยภาพดังกล่าวจึงต้องจัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ร่วมดูแลในแต่ละกลุ่มด้วย

4. บทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น พระสงฆ์ นักบวช ผู้นำทางศาสนา จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตายมีอาการที่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่พึ่งทางใจ

และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง และต้องการสั่งเสียบอกกล่าวครอบครัว เครือญาติ ความต้องการที่สำคัญที่สุดคือต้องการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งครอบครัว สามารถตอบสนองความต้องการได้ส่วนหนึ่งตามประสบการณ์ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ ดึงงาม ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ เพื่อให้จิตใจสงบ แต่บางครอบครัวไม่ได้ให้การดูแล เนื่องจากไม่ทราบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อเสนอต่อบทบาทพระสงฆ์สามารถที่จะช่วยเหลือและ สนับสนุนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าสู่ระยะใกล้ตายและขณะกำลังจะตาย โดยช่วยเหลือครอบครัว ให้มีความเข้าใจและสามารถให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัว ญาติพี่น้องได้มีสติ มีความพร้อมในการเผชิญกับความตายและ ความสูญเสียโดยหลักทางพุทธศาสนา

5. การเสริมสมรรถนะการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าพยาบาล ไม่มีความรู้ความเข้าใจและไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ อย่างมีคุณภาพ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบการเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในมิติทางการแพทย์ และมิติทางวัฒนธรรม การมีทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับความตายที่เป็นคำอธิบาย การตีความของผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ตรง การให้ความ เคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

6. การพัฒนาการวิจัยประเด็นเกี่ยวกับความตาย เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างและพัฒนา องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อหา แนวทางและมาตรฐานในการดูแล พัฒนาเครื่องมือกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ ทรมานต่างๆ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การเตรียมตัวและการเผชิญกับความตาย การตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายและหลังจากเสียชีวิตแล้วในผู้ป่วยโรคเอดส์และ โรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อขยายความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับ องค์การ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาลระดับองค์กร มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้บริหาร ผู้บริหารที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ คือ ผู้บริหารที่มี ภาวะผู้นำสูง นำด้วยการทำเป็นแบบอย่าง กล่าวที่จะตัดสินใจสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

และส่งเสริมให้มีผู้นำในองค์กรเพิ่มมากขึ้น งานวิจัยของ William (1998) พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ที่เป็นแบบอย่างที่ดีเป็นปัจจัยส่งเสริมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล Langemo, Anderson, and Volden (2002) ได้ศึกษาตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อผู้ตรวจการที่เป็นทั้งผู้จัดการและผู้นำที่ดี จะก่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของทีม และผู้บริหารต้องมีการรับฟังความคิดเห็นและตอบสนองต่อผู้ปฏิบัติงาน นิภาพร ลครวงศ์ (2547) พบว่า ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นและการสร้างขวัญกำลังใจของผู้บริหารระดับสูงโดยเฉพาะผู้อำนวยการ 2) ภาวะผู้นำของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่มีลักษณะเอาจริงและมีจุดยืนเป็นของตัวเอง ความรู้กว้าง ทัศนคติกว้าง ฉลาดทันคน รู้ที่จะพูดและรู้ที่จะหยุดพูด เก่งคิดสรุปรวบยอด มองคนออก ให้โอกาสทำงาน สามารถดึงคนมาใช้งาน ได้ถูกต้องและสนับสนุนด้วยกลยุทธ์ที่แหวกแนวและรวดเร็ว

2. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมองค์กรที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพได้สำเร็จ ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมีความตื่นตัวและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล และ การเปิดโอกาสให้ทีมงานระดับล่างได้มีส่วนตัดสินใจ สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) พบว่า การดำเนินการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยการใช้วิธีการฝึกระดมสมอง การค้นหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน และ การทำงานเป็นทีม หรือมีทีมที่มีประสิทธิภาพเป็นผู้มีความรู้และความมั่นใจ เห็นความสำคัญของ HA เห็นการเปลี่ยนแปลงแล้วรู้สึกมีความสุข รวมทั้งความร่วมมือร่วมใจของทีม ความเสียสละและความรับผิดชอบสูง William (1998) พบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ การขาดการประสานงานในระหว่างผู้บริหารจัดการกับทีมการพยาบาล

3. ปัจจัยด้านทรัพยากร ทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการและบริการที่มีคุณภาพ การพิจารณาเรื่องทรัพยากรจำเป็นต้องให้ความสำคัญระหว่างความจำเป็นที่ต้องมี กับการใช้ความขาดแคลนทรัพยากรเป็นข้ออ้างที่จะไม่พัฒนาทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กร คือ การลงทุนพัฒนาคน เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเพราะทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณค่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แทนที่จะเสื่อมไปตามระยะเวลาเหมือนทรัพยากรประเภทอื่น ๆ ไชแสง โปธิโกสุม และคณะ (2545) พบว่า ผู้บริหารพยาบาลพบอุปสรรคของการปฏิบัติการดำเนินการรับรองคุณภาพในด้านทรัพยากร เช่น การไม่พัฒนาตนเองของบุคลากร

เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ส่วน Langemo et al. (2002) พบว่า ตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล คือ การมีบุคลากรเพียงพอเป็นข้อบ่งชี้ความพึงพอใจของพยาบาลและชี้วัดความสำเร็จของงาน

4. ปัจจัยด้านโครงสร้าง โครงสร้างองค์กรโดยทั่วไปจะเน้นสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่งในขณะที่การพัฒนาคุณภาพที่เน้นกระบวนการและผู้ปวยนั้นต้องอาศัยการประสานงานในแนวราบมากกว่า ภาณุมาศ ไกรสัย (2545) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าโครงสร้างองค์กรพยาบาลนั้นควรมีช่วงของการบังคับบัญชาชัดเจน และช่วงของการบังคับบัญชาต้องสั้น และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสภาวะการณ์ เป็นแบบสายการบังคับบัญชาที่แบนราบที่สุด ส่วน ปรีดาทัศนประดิษฐ์ และคณะ (2544, อ้างถึงใน ภาณุมาศ ไกรสัย, 2545) พบว่า รูปแบบการจัดสร้างองค์กรของโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นแบบการบริหารแนวราบ และมีการปรับรูปแบบการบริหารอยู่ตลอดเวลา

5. ปัจจัยด้านความรู้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องศึกษาให้เข้าใจหลักการและ ปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดวิธีการหรือทฤษฎีแต่ละอย่าง นำหลักการร่วมสู่การปฏิบัติอย่างเป็นหนึ่งเดียวกันโดยการเชื่อมโยงอย่างกลมกลืน ไชแสง โพธิโกสุม และคณะ (2545) พบว่า มีอุปสรรคในด้านการขาดแนวคิดด้านการรับรองคุณภาพ และบุคลากรมีความรู้สึกลัวว่าเรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องยาก สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) พบว่า การศึกษาแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้เข้าใจก่อนถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงานให้รับทราบและนำสู่การปฏิบัติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

6. ปัจจัยด้านเจตคติ เจตคติมีความสัมพันธ์กับวิถีคิด การแสวงหาความรู้ และการนำความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ เจตคติที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ความเข้าใจว่ากระบวนการเรียนรู้ที่แท้จริงนั้นเกิดจากการทำงานร่วมกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับพฤติกรรมในการทำงานร่วมกัน เกื้อกูล สันติตรานนท์ และคณะ (2547) พบว่า การเตรียมความรู้ความเข้าใจของผู้นำการพยาบาลและผู้นำการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลุงใจที่จะปฏิบัติเกิดความเชื่อมั่น ที่สอดคล้องกับ แจ่มจิต เทพนามวงศ์ และคณะ (2541 อ้างถึงใน เกื้อกูล สันติตรานนท์, 2547) พบว่า ความรู้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล ส่วน นารีรัตน์ รูปงาม (2542) พบว่าการได้รับข้อมูลย้อนกลับด้านคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

7. ปัจจัยด้านการปฏิบัติ การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อไม่ต้องกลัวทำผิดไม่คิดรูปแบบ หาวิธีการที่ใช้ศักยภาพของทุกคนได้ตลอดเวลา ใส่จิตวิญญาณของความมุ่งมั่น และรับผิดชอบที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพ เปิดกว้าง ยอมรับ ให้เกียรติกันและกัน Dunbam-Taylor (2000 อ้างถึงใน สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์, 2547) พบว่า ผู้นำต้องรู้จักดึงศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ตามออกมาใช้ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ได้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการทำงานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร ทำให้ผู้ตามมีพลังกายและใจพร้อมที่จะสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ได้ตลอดเวลา

8. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครองนโยบายจากรัฐบาลหรือ กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านแนวคิดและรูปแบบของการบริการ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่งผลกระทบต่อองค์กรพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งต้องมีการปรับตัวเพื่อยอมรับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพเข้ามาดำเนินการ ไชยแสง โปธิโกสม และคณะ (2545) พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีแนวความคิดและการปฏิบัติในการพัฒนาตนเองที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงและมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนการพัฒนาตนเองใช้วิธีการ เช่น (1) อ่านหนังสือ ตำรา พูดคุยกับผู้เข้าร่วมการประชุมสัมมนา พูดคุยกับบุคลากรของโรงพยาบาลใกล้เคียง (2) เข้าร่วมการอบรม/สัมมนา (3) ทำกิจกรรมหาประสบการณ์ด้วยตนเองเช่น ทำกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานอื่น และ (4) ศึกษาดูงานโดยตรง เป็นต้น ส่วน ธีววรรณอัชฌาศัย (2545) พบว่า การใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาล ในด้านการมีส่วนร่วมและมีส่วนเกี่ยวข้อง การให้การศึกษาและการติดต่อสื่อสาร การอำนวยความสะดวกและการสนับสนุน การเจรจาต่อรองและการตกลงเห็นด้วย การจัดกระทำและการร่วมมือ และการใช้อำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5. ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางการวิจัย โดยจะกล่าวถึง ประวัติความเป็นมาของการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิด/กระบวนการทัศน์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

5.1 ประวัติความเป็นมาของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีรากฐานมาจากหลายสาขาของสาขาสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขามานุษยวิทยา และสาขาวิชาสังคมวิทยา Bogdan and Biklen (1992 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพถือกำเนิด และได้รับการพัฒนาขึ้นมาเป็นวิธีการหนึ่งในการแสวงหาความรู้ในสาขามานุษยวิทยา ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 Holloway and Wheeler (1996) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพถูกนำมาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ ในราวปี ค.ศ. 1970 โดยนำมาจากสาขามานุษยวิทยา และสังคมวิทยา สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูล และหลักฐานแน่ชัดว่า การวิจัยเชิงคุณภาพ ถูกนำมาใช้เป็นระเบียบวิธีวิจัย ตั้งแต่เมื่อใด อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2549) กล่าวว่า บทความเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพที่เขียนโดยนักวิจัย/นักวิชาการไทย และทำการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ส่วนบทความวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์ นั้นมีปรากฏในวารสารระดับนานาชาติตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544

5.2 แนวคิด/กระบวนทัศน์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

นิตา ชูโต (2545) กล่าวว่า กระบวนทัศน์การวิจัย หมายถึง วิธีการที่นักวิชาการใช้เพื่อแสวงหาความจริงในศาสตร์นั้น ๆ การนำกระบวนทัศน์มาใช้นั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สาขาวิทยาศาสตร์ กายภาพและสังคมศาสตร์ ซึ่งเน้นกรอบแนวคิดและหลักฐานที่เป็นรูปธรรม เรียกแนวคิดนี้ว่า ปฏิฐานนิยม (Positivism) เป็นวิธีการอธิบายความจริงด้วยกระบวนการเชิงสาเหตุ ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก จากหลักฐานข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ (Empirical evidence) เพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและหาคำตอบความสัมพันธ์เพื่อมุ่งทำนายผล ส่วนกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มผู้ทำวิจัยทางการศึกษา ที่มาจากหลายสาขา เช่น สาขาจิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่มีความเชื่อว่ากระบวนการค้นหาความเป็นจริง เป็นเรื่องความเข้าใจของแต่ละบุคคลต่อสังคมมนุษย์ด้วยตัวของมนุษย์เอง กระบวนทัศน์นี้ เรียกว่า ปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความหมาย เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นอย่างแท้จริง อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2549) กล่าวว่า แนวคิดปรากฏการณ์นิยม มีความเชื่อว่า ความรู้ที่มนุษย์ได้รับจากการถ่ายทอดมาจากผู้อื่นและจากสังคมนั้นอาจผิดพลาดได้ การรับรู้อาจเกิดจากการถูกบังคับ หรือยึดยึด มนุษย์จึงควรรักษาโลกและสังคมด้วยตัวของตัวเอง และสร้างระบบความรู้ที่เป็นส่วนตัวขึ้นมา โดยการสัมผัสกับโลกโดยตรง พฤติกรรมมนุษย์จึงเป็นผลมาจากวิธีการที่มนุษย์ให้ความหมายต่อโลก นั่นคือนักวิจัยต้องการทำความเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น บุคคลนั้นให้ความหมายกับการกระทำนั้นๆ ของตนเองอย่างไร วิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้ จะต้องใช้วิธีการพูดคุย สอบถามหรือการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูล วิธีการนี้เรียกว่าเป็นการ

ใช้อัตตวิสัย (Subjectivity) เข้ามาเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย และตัวนักวิจัยเองต้องเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสวงหาข้อมูลที่ต้องการศึกษาในปรากฏการณ์นั้นๆ

5.3 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ มีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น ใช้วิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย แต่เครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูล คือ ตัวนักวิจัยเอง การวิจัยแบบนี้มีการออกแบบที่ยืดหยุ่น ดำเนินการศึกษาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย คือไม่ควนตั้งสมมติฐานก่อนลงมือเก็บข้อมูลในภาคสนาม การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ไปในสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพินิจพิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างละเอียด จนมองเห็นแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของแนวคิดเหล่านั้น จนนักวิจัยสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎีเบื้องต้นได้ การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งตีความเพื่อทำความเข้าใจความหมายของพฤติกรรม หรืออธิบายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกศึกษา โดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของคนผู้ที่ถูกศึกษาเหล่านั้น (สุภางค์ จันทวานิช, 2543; นิสา ชูโต, 2545; ชาย โพธิ์ลีดา, 2547; และศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

ลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวความคิดของ Patton (1990) และ LeCompte and Schensul (1999 อ้างถึงใน ชาย โพธิ์ลีดา, 2547) มีดังนี้

1. การวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural setting) เป็นสถานการณ์ที่ไม่มีการดัดแปลงหรือไม่มีการจัดการ โดยนักวิจัย เป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่และดำเนินไปตามธรรมชาติ
2. ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach) การทำวิจัยแบบอุปนัย (Inductive) คือการทำวิจัยที่เริ่มต้นจาก “สิ่งที่จำเพาะเจาะจง” ไปสู่ “สิ่งที่ทั่วไป” (From the particular to the general) สิ่งที่จำเพาะเจาะจงในที่นี้คือ ข้อมูลซึ่งได้มาจากประชากรตัวอย่างที่เลือกมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง สิ่งทั่วไปคือ ข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปกับประชากรและสถานการณ์ในวงกว้างมากกว่าที่ถูกเลือกมาเพื่อการวิจัยนั้น การเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปทั่วไปเช่นนี้เป็นรูปแบบของการทำวิจัยเชิงคุณภาพขนานแท้ ในการดำเนินการแบบอุปนัยนักวิจัยอาศัยเพียงคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจนเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลในสนาม จากนั้นเมื่อได้ข้อมูลมาพอสมควรแล้วจึงตั้งสมมติฐานเพื่อ “คล่าทาง” ทิศทางในการหาคำตอบสำหรับคำถามในการวิจัยหรือหาคำอธิบาย โดยการพิสูจน์

และปรับสมมติฐานซ้ำแล้วซ้ำอีกกับข้อมูลที่เก็บมาในกระบวนการทำงานภาคสนาม จนกระทั่งสมมติฐาน “อยู่ตัว” คือ “ไม่ถูกทำลาย” โดยข้อมูลที่รวบรวมมาใหม่อีกต่อไป ถึงจุดนี้นักวิจัยก็พร้อมที่จะสรุปหรือตีความ เพื่อหาคำอธิบายเชิงแนวคิดหรือทฤษฎีทั่วไปที่จะได้ใช้กับประชากรหรือบริบทที่คล้ายกันนอกเหนือจากที่นำมาศึกษา

3. เน้นการทำความเข้าใจแบบเป็นองค์รวม (Holistic perspective) องค์รวมหมายถึง การที่ส่วนต่างๆ ของระบบมีความสัมพันธ์กันแบบหลายมิติต่อกันภายในบริบทที่ระบบนั้นเป็นอยู่ การทำความเข้าใจองค์รวมโดยสาระสำคัญก็คือการค้นหามีส่วนประกอบอะไรบ้างภายในระบบนั้น และส่วนต่างๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการรวบรวมข้อมูลหลายมิติของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และเกิดความเข้าใจรอบด้าน ในทางปฏิบัติ นักวิจัยต้องถือว่าแต่ละส่วน แต่ละกรณี แต่ละเหตุการณ์ ภายในระบบที่ศึกษานั้น ไม่เพียงแต่มีความหมายในตัวเองเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับส่วนอื่นๆ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้

4. ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative data) โดยทั่วไปข้อมูลเชิงคุณภาพหมายถึง ข้อมูลทุกรูปแบบที่เป็นข้อความ (Text) อยู่ในรูปของคำพูด หรือที่ไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเลข ยังรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปอื่นด้วย เช่น เครื่องบันทึกเสียง (บทสัมภาษณ์ เพลงดนตรี) และเครื่องบันทึกภาพ (ภาพยนตร์ วิดีทัศน์) ที่สื่อข้อมูลอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งนักวิจัยสามารถใช้ประโยชน์ในการศึกษาได้ ที่มาของข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การทำงานในภาคสนาม (Fieldwork) ซึ่งนักวิจัยมีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มประชากรตัวอย่างเป็นเวลานาน ทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ

5. นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย (Direct contact with participants) ภารกิจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเข้าไปอยู่ในสนามและเรียนรู้สิ่งที่ต้องการศึกษาโดยตรง การเข้าไปมีความสัมพันธ์โดยตรงกับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการวิจัย เป็นโอกาสที่ดีที่สุดที่นักวิจัยจะได้สัมผัสกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่ศึกษาด้วยตนเอง ในขณะที่สิ่งเหล่านั้นกำลังเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติภายในบริบทของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริง

6. ให้ความสำคัญแก่พลวัตรของสิ่งที่ศึกษา (Dynamic perspective) การวิจัยเชิงคุณภาพมองปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง แต่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งนักวิจัยสามารถทำได้เฉพาะในช่วงเวลาที่การวิจัยครอบคลุมถึงเท่านั้น ถ้านอกกรอบเวลาที่ทำการศึกษาออกไปสิ่งที่นักวิจัยจะทำได้อาจเป็นเพียงการเสนอแบบแผนพลวัตรของปรากฏการณ์เท่านั้น ทั้งนี้เพราะสถานการณ์ที่ศึกษาเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา

7. ให้ความสำคัญแก่การศึกษาเฉพาะกรณี (Unique case orientation) การวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าทางกว้าง ซึ่งนักวิจัยจำเป็นต้องเก็บรายละเอียดของข้อมูลอย่างรอบด้านมีความจำเป็นที่จะต้อง “เฝ้าสังเกตการณ์” สิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เป็นเวลานาน (Extended fieldwork) และนักวิจัยต้องให้ความสำคัญแก่การศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การได้ความรู้ความเข้าใจในทางลึก และอย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา ความละเอียดลุ่มลึกของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ได้มาจากการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจงจำนวนน้อยมากกว่าที่จะมาจากการศึกษากรณีจำนวนมากๆ

8. ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา (Context sensitivity) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่เน้นการเข้าถึงความหมายของผู้กระทำ (Actor's meaning) เรียกว่า Emic หรือความหมายในทัศนะของผู้กระทำ จะมีความหมายที่ดีที่สุดก็เฉพาะในบริบทที่ศึกษา หรือสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่เท่านั้น การให้ความสำคัญแก่บริบทที่ศึกษานักวิจัยต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตีความข้อค้นพบและข้อเสนอของนักวิจัยเอง บริบทอาจเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ และขนบธรรมเนียม

9. มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design flexibility) การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช่สิ่งกำหนดไว้ตายตัว แต่สามารถยืดหยุ่นได้ ตามความจำเป็นตรงไปที่การยืดหยุ่นนั้นเป็นไปเพื่อการเข้าถึงข้อมูลที่ดีและน่าเชื่อถือได้มากกว่า และตรงไปที่ไม่ได้ทำให้วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัยเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง

10. ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการเก็บข้อมูล แต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (Researcher as an important research instrument) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาในแนวลึกมากกว่าแนวกว้าง จำเป็นที่นักวิจัยต้องได้ข้อมูลหลายชนิดและได้รายละเอียดเพียงพอเกี่ยวกับประเด็นการศึกษา นักวิจัยจึงมักจะใช้หลายวิธีเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูลเอกสาร มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเข้าถึงข้อมูลหลายชนิดและเพื่อลงลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษา

การใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการแสวงหาความรู้ความจริงทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และสังคม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมาย การตีความ การเรียนรู้ของมนุษย์ในบริบทของวัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและเป็นพลวัต มนุษย์เท่านั้นที่จะเข้าใจกันเองถ้าเข้าไปใกล้ชิดอยู่กับสภาพการณ์นั้นๆ นานเพียงพอ และเกิดการเรียนรู้

เข้าใจได้ด้วยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สันทนา ค้นหาความจริงจากบุคคลและจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีคำหลายคำที่หมายถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา การวิจัยเชิงมานุษยวิทยา การวิจัยเชิงธรรมชาติ การวิจัยภาคสนาม การวิจัยเชิงศึกษาชีวิตประวัติบุคคล การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยศึกษาแบบเฉพาะกรณี การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม แต่ที่นิยามกันทั่วไปคือ การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) ชื่อเหล่านี้แม้จะแตกต่างกัน และรายละเอียดของการดำเนินการที่ต่างกันไปบ้าง แต่ในแง่ของแนวทาง และวิธีดำเนินการหลักๆแล้วไม่แตกต่างกันมากนัก และทั้งหมดอยู่ในกลุ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ (นิตา ชูโต, 2545; ชาย โพธิ์สิตา, 2547)

5.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตรงในการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงซึ่งตัวอย่างจะประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีมโนคติ เวลา หรือสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่นั้น เมื่อไหร่ที่จะคัดเลือกตัวอย่าง อะไรที่เป็นตัวอย่างได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของการศึกษา ซึ่ง Morse (1991, 2000) กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ มักจะนิยมเรียกว่า ผู้ให้ข้อมูลมากกว่า ผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมในการร่วมวิจัยปรากฏการณ์ใด ก็ต้องมีประสบการณ์หรืออยู่ในปรากฏการณ์นั้น ไม่ใช่แค่เพียงแค่มิข้อมูลที่ตรงประเด็นเท่านั้น แต่ยังคงให้ข้อมูลที่มีคุณภาพด้วยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามทฤษฎี (Theoretical sampling) จะดำเนินไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล กล่าวคือเมื่อได้ข้อมูลมา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์แล้วเกิดข้อสงสัยว่าจะมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวในแง่มุมมองอื่นอีกหรือไม่ ผู้วิจัยจะตามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สามารทำให้ข้อมูลนั้นได้ หรือผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวอ้างถึงหรือพาดพิงถึงผู้อื่นที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ผู้วิจัยจะไปสัมภาษณ์ผู้ที่ถูกกล่าวถึงนั้นด้วย เพื่อให้เกิดความกระจ่างและความชัดเจนในเนื้อหาสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการสัมภาษณ์ ดังนั้นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามทฤษฎี จะไม่มีการวางแผนหรือคาดการณ์ผู้ให้ข้อมูลไว้ก่อนที่จะศึกษา แต่จะพัฒนาตามความคืบหน้าของการศึกษา นั่นคือ ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลบนพื้นฐานของเนื้อหาที่ได้จากการบอกเล่าประสบการณ์ตามประเด็นของทฤษฎีที่กำลังดำเนินการศึกษาอยู่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะเกิดขึ้นเรื่อยๆไปจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

5.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการพิทักษ์สิทธิผู้ปวยตั้งแต่เริ่มต้น กระบวนการจนกระทั่งนำเสนอผลงาน การขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลโดยให้ข้อมูลและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่ปิดบัง พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการสนทนาแบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา สถานที่ในการสนทนา การรักษาความลับด้วยการลบเทปบันทึกข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ พร้อมกับย้ำให้มั่นใจว่าการสัมภาษณ์จะไม่มีผลใดๆกับการปฏิบัติงาน หากอยู่ในระหว่างการสัมภาษณ์เมื่อมีคำถามใดที่ไม่สะดวกหรือพร้อมที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะไม่ตอบ รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยและสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ในการติดต่อขอสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างชัด และมีเวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้สัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจโดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์เชิงการวิจัยที่เกิดขึ้นในบริบทการเก็บข้อมูลของการพิทักษ์สิทธิและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดจนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ซึ่งก่อนการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ คือ ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาวิชาการเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ และทดลองฝึกปฏิบัติภาคสนามในการสัมภาษณ์ และผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากตำรา ร่วมกับการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เบื้องต้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

5.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการในการวิเคราะห์ และอธิบายความหมายของข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องโดยให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านจำนวน 1 ราย และผู้วิจัยได้มีการถามเพิ่มเติมในข้อมูลบางส่วนที่ยังไม่ชัดเจน จากนั้นทำ

การสร้างมโนทัศน์เบื้องต้นของข้อมูลที่มีความคล้ายคลึงกัน พร้อมกับจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ทำเช่นนี้ทุกวันจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลภาคสนาม

ระยะที่ 2 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมทั้งหมด โดยหลังจากเก็บข้อมูลได้เพียงพอรวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Colaizzi (1978 cited in Streubert & Carpenter, 2007; จอนพะจง เพิ่งจาด, 2546)

5.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย Guba and Lincoln(1985,1989) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง คือ เป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล

1.2 การสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) โดยหลังจากผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยปฏิบัติงานแล้ว ผู้วิจัยหาโอกาสแวะไปเยี่ยมเยือนผู้ให้ข้อมูลขณะปฏิบัติงาน โทรศัพท์พูดคุยงานและเรื่องทั่วไป

1.3 การควบคุมสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนด วัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสบายใจ ก่อนการสัมภาษณ์จะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ แล้วจึงเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน เพื่อให้ยืนยันว่าข้อมูลตรงกับความเป็นจริง

15 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) นำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับประเด็นที่ศึกษา มีการปรับเปลี่ยนสำนวนภาษา และการจัดหมวดหมู่ประเด็นหลักและประเด็นย่อยบางประเด็น

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยนำไปอ้างอิงในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลเท่านั้นคือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจะไม่นำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นๆ

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุม ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการได้ ประเด็นหลักและรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับ การตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าเป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่เกี่ยวกับประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ และในการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าประเด็นที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีค่อนข้างน้อย และในบริบทของหัวหน้าหอยังไม่มีผู้ใดศึกษา ส่วนการศึกษาในต่างประเทศจะเน้นบทบาทการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 งานวิจัยในประเทศ

รสพร ประทุมวัน (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ค่าเฉลี่ย

ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ด้านการประเมินปัญหา ด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับปานกลาง

พัชรียา ไชยลังกา (2534) ศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามแนวความคิดเกี่ยวกับความตาย ผู้มีสุขภาพดีจำนวน 140 คน ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 100 คน พบว่าผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และศาสนาเดียวกัน มีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุภาพร คาวคี (2537) ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความตระหนักในตนเองค่อนข้างมาทางด้านสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างมาทางด้านสูง และความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วนิดา ศรีวรกุล (2537) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง 3 เดือน ผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 49 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 36 ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมประชุมสัมมนาของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำเอกสารแจกแก่ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตายและควรมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ชัชชนา ฦ นคร และคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ให้การพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การดูแลสวมเสื้อผ้าหรือปกปิดร่างกายของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การรักษาความลับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความรับผิดชอบและคิดว่าเป็นการได้บุญ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วย

บรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ และความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือการพยาบาลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตสังคมตามลำดับ

ชมพูนุท พงษ์ศิริ (2546) ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน พยาบาลควรเน้นในเรื่องการสอนหรือสนับสนุนญาติและบุคคลในครอบครัวให้กล้าเผชิญความจริง มีทักษะในการทำการพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง มุ่งที่จะประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ศึกษาผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก

รุ่งนภา ยางเอน (2542) ศึกษาโดยการเปรียบเทียบคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในมีความแตกต่างทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน และโรงพยาบาลที่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้ป่วยในสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม

นารีรัตน์ รูปงาม (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจการได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ การให้รางวัล และวัฒนธรรมคุณภาพบริการ กับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจการได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ วัฒนธรรมคุณภาพบริการ และคุณภาพบริการ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการให้รางวัลอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ วัฒนธรรมคุณภาพบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านผลกระทบ และการได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ

สุลัดดา พงศ์รัตนมาน (2542) ได้ทำการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเดมมิง (Deming's 14 management principles) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นอย่างจริงจังที่จะพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และยกระดับมาตรฐานบริการให้สูงขึ้นเนื่องจากในยุคแห่งเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลง และมีการแข่งขันกันสูงมากในเรื่องของคุณภาพการบริการ ทั้งนี้เพื่อความคงอยู่ขององค์กร และการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องอาศัยคุณลักษณะภาวะผู้นำผสมผสานระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน

นุจรินทร์ ลภันชกุล (2543) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 19 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลได้ให้นิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตายในสามลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย ผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลว และผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา ส่วนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ตาย 2) การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและความสุขสบาย การจัดหาสิ่งสร้างความสุขและความพึงพอใจ การสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและการส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อ และ 4) การให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยจากผลการวิจัยพบเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล จะแตกต่างและแปรเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตกับนิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลวจะเน้นการช่วยชีวิต ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการ

กำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย การอโหสิกรรมก่อนตาย และต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

วงรัตน์ ไสสุข (2544) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ญาติของผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง

สุนิศา สุขตระกูล (2544) ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้านได้แก่ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก

อุบล จ้วงพานิช (2544) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหรือระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลระดับประคองผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ให้ได้รับความสะดวกสบาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้การดูแลที่เหมาะสม มีความละเอียดอ่อนและสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับวาระสุดท้ายได้อย่างสงบและพึงพอใจ

ไขแสง โปธิโกสม และทัศนีย์ นะแส (2545) ได้ศึกษาแนวความคิดและการปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาตน คน และระบบงานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลใช้แนวคิดการเรียนรู้ที่หลากหลายสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ 4 แบบ คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้โดยบังเอิญ การเรียนรู้จากกลุ่ม และการเรียนรู้ที่จัดโดยสถาบันการศึกษา และดำเนินการอย่างมีความสอดคล้องกับกระบวนการจัดประสบการณ์ คือ สร้างความพร้อมที่จะรับประสบการณ์ ให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ จัดระบบและความหมายในการเรียนรู้ ลงมือกระทำหรือมีกิจกรรมเสริมแรงการเรียนรู้ เชื่อมโยงการเรียนรู้เข้าสู่สถานการณ์ใหม่

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า ความพึงพอใจในงานของบุคลากรในทีมการพยาบาลต่อการใช้นโยบายการดูแลหลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีสูงกว่าก่อนการ

ทดลอง เนื่องจากมีการทำงานที่ดีขึ้น มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ของสมาชิก มีการแบ่งปันภาระงาน เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างสมาชิก ประกอบกับมีแนวทางการดูแลที่เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา นั่นคือผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

กัญญารัตน์ ชูชาติ (2546) ได้ทำการศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ Maddock (2001) ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและมารับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการฉายรังสี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมประชุม เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไข เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความพึงพอใจ ใ่ว่างใจและเชื่อถือทีมสหสาขาวิชาชีพมาก เพราะทำให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

พัชรี เจริญพร (2546) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

โสภิตา ชันแก้ว (2546) ศึกษาระดับคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับสูง และพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และถิ่นที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 .01 และ .05 โดยผู้ให้บริการที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย ผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาสูง และผู้ให้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล / สุขาภิบาล มีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล / สุขาภิบาล

วาสนิ วิเศษฤทธิ์ (2547) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบท อีสาน ข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกสนาม การสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคเอดส์ 5 คนและสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน

12 คน การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เริ่มจากสัญญาณแสดงความตายที่ปรากฏด้านร่างกาย และประสบการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ การให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง “หมดบุญหมดกรรม” “หลุดพ้น” และ “ดับสูญ” ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำที่ดีความเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น เช่น บรรเทาอาการปวดทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม การจัดการธุระสำคัญ ได้ประกอบพิธีกรรมตามธรรมเนียมประเพณีทุกขั้นตอน ที่ครอบครัวสามารถจัดการได้และปรับตัวได้หลังการเสียชีวิตแล้วของผู้ป่วยเอดส์

เสาวลักษณ์ มณีรักษ์ และคณะ (2547) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งหมด 7 กิจกรรม ได้แก่ การคอยดูแลช่วยเหลือ สร้างความหวัง ดูแลยิ่งกว่าญาติ สัมผัส ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ เสริมกำลังใจจากญาติ ช่วยให้ สุขสงบ และเคารพความเป็นบุคคล

อรวรรณ คล้ายพยับ (2549) ศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลศูนย์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ อธิบายด้วย 40 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.24 ดังนี้ 1) การดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 8 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.57 2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 7 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.35 3) การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.12 4) การจัดการเพื่อการดูแล ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.88 5) การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน ประกอบด้วย 5 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.69 และ 6) การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.88 7) การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.72

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

William (1998) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้นำทางการพยาบาล พบว่า ผู้นำทางการพยาบาลให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาล 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลที่มีประสิทธิผลตรงตามความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ (Meeting patients' needs to accomplish expected outcomes) 2) เป็นการดูแลที่จัดให้ตามลักษณะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม

(Providing individual patient-oriented care) 3) การให้การดูแลด้วยความรู้ความสามารถและทักษะทางวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ (Delivering care with clinical competence and expertise) และ 4) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Providing knowledge to patients)

Danis et al. (1999) ศึกษาเป้าหมายและวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาจากรายงานการดูแลแบบประคับประคอง สรุปรายงานการวิจัยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาทำการพิจารณากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ดูแลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต การดูแลแบบประคับประคองจริยธรรมการดูแล ตัวแทนผู้รับบริการ และการสื่อสาร ถูกลำมาประชุมปรึกษากันเพื่อปรับปรุงและพัฒนาจากการสังเคราะห์ข้อมูล พบว่าในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตการตัดสินใจเรื่องชีวิตและความตายเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความจำเป็นในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อพยุงหรือยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด เนื่องจากในภาวะวิกฤตผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำการตัดสินใจร่วมกับตัวแทนของผู้ป่วย ความไม่ต่อเนื่องของการรักษาก็เป็นสิ่งที่คุกคามความสัมพันธ์ ความไว้วางใจระหว่างกัน ได้เรื่องความแตกต่างของวัฒนธรรมก็มีส่วนในการเลือกตัดสินใจรับการรักษา การเผชิญหน้ากับความไม่จริงมีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองระยะใกล้ตายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

Judith et al. (2001) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 100 คนให้ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับอาการด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานเกี่ยวกับอาการปวด ไม่สุขสบาย หายใจลำบากนอนไม่หลับ อาการหิวกระหายน้ำ อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายที่เกิดจากการทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤต ความยากลำบากในการสื่อสาร การถูกรบกวนการนอน และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยมมีผลต่อความเครียดอย่างมากในผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิกฤต จะมีความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการที่รุนแรงหลายอาการด้วยกัน การประเมินอาการควรมีประสิทธิภาพ เพื่อการควบคุมอาการและมีการตัดสินใจให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

Lavy (2001) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะดีที่สุด พบว่าในทุกวันนี้ดูเหมือนว่าเราต้องเผชิญกับการศึกษาที่รายงานเกี่ยวกับความไม่พอใจของครอบครัวเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่ได้รับในหอผู้ป่วยวิกฤต มันเป็นการยากสำหรับทีมผู้ให้การดูแลรักษาที่จะยอมรับข้อมูลนี้ จากการศึกษาในปัจจุบันและที่ผ่านมา บุคลากร

ทางการแพทย์เชื่อว่าพวกเขาได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความสามารถ และไม่ต้องการไต่ถามว่าพวกเขาทำงานไม่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นเรื่องที่ทำทนายมาก ไม่มีการชี้แนะตายตัวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นว่าทำไมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงได้ยากในการฝึกฝนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในโรงเรียนแพทย์ พยาบาล จึงมีการจัดหลักสูตรจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย การเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ไม่สามารถวัดประโยชน์คุ้มค่าได้ แต่ทำให้สามารถชี้ชัดในเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการร่วมปรึกษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ

Nelson et al. (2001) ศึกษาการดูแลระยะสุดท้ายในไอซียู พบว่าความแพร่หลายขององค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังมีปัญหาในการให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิต การรวบรวมประยุกต์การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน ดูเหมือนว่าจะมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การรักษาเต็มที่แล้วเพื่อเป็นการยืดชีวิต แต่แนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบ ยังไม่เพียงพอและขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าการจัดการกับอาการ การสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาและการกระทำต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยยังต้องการเครื่องมือที่จะประเมินสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแล เพื่อเป็นการชี้วัดและเป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐาน

Langemo et al. (2002) ได้ศึกษาตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล พบว่าตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่สำคัญ 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การทำงานกับพยาบาลที่มีความชำนาญ 2) มีผู้ตรวจการที่เป็นทั้งผู้จัดการและผู้นำที่ดี 3) การมีบุคลากรในการทำงานอย่างเพียงพอ 4) มีทีมที่ปรึกษาที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน และ 5) มีโปรแกรมการอบรมและปฐมนิเทศที่ดีสำหรับผู้ที่เข้าทำงานใหม่

Skilbeck (2005) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าเริ่มแรกให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง ต่อมาขยายไปยังผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจุบันมีการให้การดูแลในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมดจะพบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยทั่วไปมีค่อนข้างน้อยส่วนมากจะศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในงานวิจัยเชิงปริมาณมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการของญาติและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย และการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ความต้องการของผู้ป่วยเอ็ดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ หรือไม่



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative descriptive) เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามความรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของผู้มีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ทำความเข้าใจว่าคนเรารู้สึกความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบ เพื่อทำให้โลกของตัวเองมีความหมายและสร้างโลกทัศน์ขึ้นมาได้อย่างไร โดยผู้วิจัยต้องมองเลยจากสิ่งที่เห็นปรากฏไปยังธรรมชาติของสิ่งนั้น (From what is to the nature of what is) (Schwandt, 2001 อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2550: 191) ผู้วิจัยไม่ใช้กรอบแนวคิดในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย บริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นแนวทางเบื้องต้นในการตั้งคำถาม ผลการศึกษา มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และการบันทึกภาคสนาม (Field notes) และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่ที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

1. บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร มีภารกิจในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคซับซ้อน และรุนแรง ต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น เน้นการดูแลการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ มีระบบการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างสถานบริการในระดับเดียวกันและต่างระดับ มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างกัน เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีการบริการที่เน้นคุณภาพของการบริการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เข้าใจบริบทของพื้นที่ และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ได้ง่ายและเร็วพอที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษามากที่สุด ผู้วิจัยกำหนดแหล่งการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว และมีการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมกับการทำงานตั้งแต่ กลุ่มงานหอผู้ป่วย กลุ่มงานวิกฤต ห้องผ่าตัด ทั้งที่เป็นอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ เพื่อความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล (Key informants)

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเริ่มจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์โดยตรงกับเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างแท้จริงและเหมาะสมกับจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์การวิจัย (ชาย โพลิตา, 2550: 128) โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ปี ขึ้นไป ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ปีขึ้นไป มีความหลากหลายและมีความแตกต่าง (Variety) ในด้านประสบการณ์การทำงานหอผู้ป่วย 2) เป็นผู้ที่มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น และ 3) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย เริ่มแรกผู้วิจัยได้พูดคุยปรึกษากับหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกหนึ่งในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาททางด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล ผู้วิจัยแจ้งจุดประสงค์ที่ต้องการศึกษาโดยการพูดคุยแบบเป็นกันเองแล้วขอรายชื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ 1 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) คือจากการบอกต่อหรือแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลคนแรก เพื่อแนะนำผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งทำให้ได้ความรู้หรือข้อมูลมากที่สุด (Information-rich cases) (ชาย โพลิตา, 2550: 131-132) ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ได้ 13 ราย แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการความมั่นใจว่าจะไม่ข้อมูลใหม่เกิดขึ้น จึงสัมภาษณ์เพิ่มอีก 1 ราย การวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 43 - 51 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 46.35 ปี ผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ระดับการศึกษา สำเร็จระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต 4 ราย พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 10 ราย ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ระหว่าง 3-5 ปี โดยเฉลี่ยดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานระหว่าง 18-28 ปี โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 22.92 ปี

ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 2 ราย ปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม 2 ราย ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม
 สามัญ 2 ราย ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรมพิเศษ 1 ราย ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม(มะเร็งโลหิต
 วิทยา) 1 ราย ปฏิบัติงานแผนกสูติ-นรีเวชกรรม 1 ราย ปฏิบัติงานแผนกกุมารเวชกรรม 2 ราย
 ปฏิบัติงานแผนกรังสีวิทยา 2 ราย ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรมประสาท 1 ราย (รายละเอียดใน
 ภาคผนวก ค)

การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลเพื่อขอ
 อนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนก
 อายุรกรรม จำนวน 5 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม จำนวน 5 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนก
 สูติ-นรีเวชกรรม และเด็ก จำนวน 5 ราย

2. เมื่อผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.
 2551 ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มต้นจากผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับหัวหน้า
 หอผู้ป่วยแผนกหนึ่งในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาททางด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น โดยครั้งแรกแนะนำตัวแบบ เป็นกันเอง
 อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เพื่อขอรายชื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมดที่ดำรง
 ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 120 หอผู้ป่วย และแนะนำบอกต่อผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่
 ผู้วิจัยต้องการศึกษาจำนวน 1 ราย

3. เมื่อผู้วิจัยได้รับการแนะนำบอกต่อรายชื่อผู้ให้ข้อมูลแล้วก็ทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลทาง
 โทรศัพท์เป็นเบื้องต้นจากนั้นก็ไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง โดยครั้งแรกแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล
 อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ขอความสมัครใจในการ
 เข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความพร้อม สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเปิด
 โอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามเกี่ยวกับการวิจัย และการตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย
 หลังจากผู้ให้ข้อมูลตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวม
 ข้อมูล โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลซึ่งสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ หอผู้ป่วยที่
 ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้รับการแนะนำบอกต่อรายชื่อผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัย

ต้องการศึกษาและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจนครบถ้วนและไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 14 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยจัดทำและจัดหาเครื่องมือประกอบอื่นๆ ในการทำวิจัย ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

1.1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์ 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทดลองฝึกการสร้างแนวคำถาม ปฏิบัติการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล จำนวน 3 รายพร้อมทั้งบันทึกเสียง และถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 3 คน และถอดคำสัมภาษณ์ที่ได้มา และมาขอรับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 การเตรียมความรู้ ด้านเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative descriptive) ผู้วิจัยศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความสำคัญและประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวทางการส่งเสริมประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการสัมภาษณ์

1.2.1 การเตรียมแนวคำถาม สำหรับใช้ในการสนทนา ผู้วิจัยเตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ที่ได้จากการสัมภาษณ์นำร่องผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย และปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.3 เครื่องมืออื่นๆ

เครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี ดังนี้

1.3.1 เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่องสำหรับบันทึกเสียงสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

1.3.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึกชื่อ นามสกุล อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และแผนกปฏิบัติงาน ระยะเวลา เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.3.3 แบบบันทึกช่วยจำ ผู้วิจัยจะเขียนบันทึกความรู้สึส่วนตัว ที่เกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำ พฤติกรรม หรือ ประสบการณ์ส่วนบุคคล ตลอดจนปัญหา อุปสรรค ในการเก็บข้อมูล การเขียนบันทึกเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง และเก็บไว้เป็นการเตือนตนเองให้ แก่ใจข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น รวมถึงการบันทึกวิธีการที่ได้มาซึ่งหมวดหมู่ ในการวิเคราะห์ข้อมูล เบื้องต้น

1.3.4 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกการสังเกต และบันทึกการสัมภาษณ์ ซึ่งการบันทึกการสังเกต ได้แก่ การบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการทำงาน การสังเกตจากเอกสาร หลักฐานต่างๆ เช่น โครงการ แนวทางการปฏิบัติที่ได้จากการนำผลการวิจัยไปใช้ ส่วนการบันทึก การสัมภาษณ์ คือ จดบันทึกคำให้สัมภาษณ์ อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล

1.3.5 แบบบันทึกการถอดความ สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการถอด ความคำต่อคำ และใช้ในการให้รหัสเบื้องต้น (Open coding) เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถคิดรวบยอด อันนำไปสู่การจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัสหรือบันทึกในบัตรดัชนี (Index card) แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบเมื่อเก็บข้อมูลเสร็จ รวมทั้งเอื้อต่อการย้อนกลับมา ตรวจสอบข้อมูลคืนภายหลัง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตก่อนทำการสัมภาษณ์โดยการทำ หนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลแหล่งข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย และได้ให้การพิทักษ์สิทธิหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัย ดำเนินการ โดยก่อนการสัมภาษณ์ ได้มีการสร้างสัมพันธภาพและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลโดย วิธีการแวะทักทายพูดคุยในช่วงเวลาปฏิบัติงาน หรือ โทรศัพท์พูดคุยในบางโอกาส เพื่อให้เกิดความ ไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจ ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จาก ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล อย่างละเอียด แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก การขอ

อนุญาตการบันทึกเสียงสนทนาพร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกระยะของการสัมภาษณ์ ที่รู้สึก ไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูล และขอข้อมูลกลับได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ผู้วิจัยได้แจ้งระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และจำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ และอาจต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกเวลา สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และสามารถเลื่อนนัดได้ ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และจะลบทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายหรือเผยแพร่ในลักษณะเป็นข้อมูลโดยรวม หลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดทั้งหมดแล้วได้เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยให้เวลาคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ๆ ปลอดภัย ภายหลังจากทำการวิจัยเสร็จแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย การจะได้มาซึ่งข้อมูลที่ชัดเจนตรงตามความจริง ผู้วิจัยจะต้องได้รับความไว้วางใจจาก ผู้ให้ข้อมูล ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์

1.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา และเมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูล

1.2 เมื่อฝ่ายการพยาบาลได้แจ้งตอบกลับว่ามีผู้ให้ข้อมูลที่มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ใดบ้าง ผู้วิจัยจึงดำเนินการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับแนวคำถาม และวิธีการสัมภาษณ์รวมถึงระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปการสัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการที่ผู้วิจัยทำการ ถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และในการรายงานผลการศึกษาไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทาง

การศึกษาเท่านั้นทั้งนี้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดข้อสงสัย และถ้าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่เต็มใจหรือไม่อยากตอบคำถาม ผู้วิจัยยินดีให้ผู้ให้ข้อมูลยกเลิกการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือก เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว และความพอใจของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและรู้สึกคุ้นเคย เพื่อสร้างบรรยากาศในการสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลาย และดำเนินไปด้วยความราบรื่น โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นห้องทำงาน หรือห้องประชุมในหอผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงาน ซึ่งเวลานัดหมายเกือบทุกรายจะเป็นช่วงเย็นหลังเวลา 16.00 น. เป็นต้นไป

2. การดำเนินการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 72 วัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสัมภาษณ์โดยการพูดคุยเรื่องทั่วไป เกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ในหอผู้ป่วย และเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นรุ่นพี่ รุ่นน้อง ที่จบมาจากสถาบันเดียวกัน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกัน การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ในการบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อผู้วิจัย จึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความคุ้นเคยกันอยู่แล้ว

2.2 อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทปคำสัมภาษณ์ การรักษาความลับ ด้วยการที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เทปในการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงภายใน 1 เดือน การรายงานผลการศึกษาไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในลักษณะข้อมูลในภาพรวมเชิงวิชาการเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัย ผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลาหรือไม่อยากตอบคำถามก็ไม่จำเป็นต้องตอบ รวมทั้งถ้ารู้สึกไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถยุติการให้ความร่วมมือการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยเริ่มต้นด้วยการเกริ่นนำด้วยคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับบรรยากาศการ

ทำงานภายในหน่วยงาน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศของการสนทนามากขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อนำสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น “ช่วยเล่ารายละเอียดถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นอย่างไร” “ผลที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะเป็นอย่างไร” “รู้สึกอย่างไรกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” “จากที่พี่เล่ามาทั้งหมดพี่ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไรคะ” ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตสีหน้า ท่าทาง อากัปกิริยา ของผู้ให้ข้อมูล และนำมาบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บรายละเอียดดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการตีความ จาก การสัมภาษณ์ให้เข้าถึงความหมายที่แท้จริงต่อไป พร้อมกันนี้ผู้วิจัยแสดงออกให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าผู้วิจัยสนใจ ตั้งใจ จดจ่อและติดตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูดทั้งเนื้อหาสาระ ความคิด และอารมณ์ความรู้สึก ด้วยการมอง การสบสายตา ผู้ให้ข้อมูล การแสดงออกซึ่งการรับรู้ เช่น การผงกศีรษะ การใช้เสียง “อืม” “ค่ะ” หรือการใช้คำพูด “ที่พี่เล่าว่า... หมายความว่าอย่างไร” “ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...” เพื่อความกระจ่าง เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสำรวจความคิดของตนเอง และผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่ขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่อง หรือด่วนกระโดดข้ามไปหาข้อสรุป ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะพูดไม่ตรงประเด็น แต่เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดจนจบจึงพูดหรือถามคำถามต่อไป กรณีผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบคำถามในบางช่วงของการสนทนา หรือแสดงท่าทีครุ่นคิด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจในคำถาม หรือไม่แน่ใจว่าผู้วิจัยต้องการอะไร ผู้วิจัยจะใช้คำถามที่บ่งบอกถึงความสนใจในรายละเอียดและต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยอธิบาย หรือบางครั้งก็ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนคำถามใหม่เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการซักถามเพิ่มเติมผู้วิจัยใช้วิธีจดบันทึกประเด็นสำคัญที่ต้องการรายละเอียดไว้ก่อน และเมื่อมีโอกาสผู้วิจัยจึงย้อนกลับมาถามในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปอย่างลื่นไหลและเป็นธรรมชาติมากที่สุด

2.3 การยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละราย เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลที่มีประเด็นครอบคลุมครบตามต้องการ หรือสังเกตเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไม่พร้อมในการให้ข้อมูลต่อไป เช่น มีเสียงโทรศัพท์เข้า หรือการเหลือบมองนาฬิกาบ่อยๆ และก่อนออกจากสนามการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่เสียสละเวลา และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยอนุญาตินัดหมายมาสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อม และนัดหมายเพื่อนำบทสนทนาที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์มาให้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง

การสัมภาษณ์ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรกแต่ละครั้งเฉลี่ย 46.66 นาที มีการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 10 ราย สัมภาษณ์ 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งเฉลี่ย 19.33 นาที สาเหตุที่ผู้วิจัยต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติมในผู้ให้สัมภาษณ์ 10 ราย นั้นเนื่องจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ได้ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน และบางครั้งการให้สัมภาษณ์ไม่สามารถดำเนินการให้สิ้นสุดภายในเวลาที่กำหนดไว้เพราะมีผู้เข้ามารบกวนขอคำปรึกษา ต้องกำหนดวันเวลาในการสัมภาษณ์อีกครั้ง จึงได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) โดยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาประเด็นเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้ ซึ่งพบว่า ข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ได้ 14 ราย และนำบทสัมภาษณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบบทสัมภาษณ์เบื้องต้น ทุกราย พบว่าไม่มีการทักท้วงหรือแก้ไขข้อมูล ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 72 วัน

การสัมภาษณ์เจาะลึก (In- depth interview) (สุภางค์ จันทวานิช, 2550: 77-78)

เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจอยู่แล้ว จึงพยายามห็นความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เข้าสู่จุดที่สนใจ ทั้งนี้เพราะในบางครั้งผู้สัมภาษณ์อาจจะไม่ต้องการทราบเหตุผลหรือข้อเท็จจริงในเรื่องหนึ่งเรื่องใดทุกชั้นตอน เพราะอยู่นอกเหนือขอบเขตการวิจัยในขณะนั้น จึงเลือกสัมภาษณ์เอาแต่จุดที่ต้องการ ลักษณะที่สำคัญของการสัมภาษณ์แบบนี้อยู่ที่ว่าผู้วิจัยจะต้องรู้อยู่ก่อนแล้วว่าต้องการข้อมูลอะไร ชนิดใด เมื่อเห็นว่าผู้ถูกสัมภาษณ์พูดนอกเรื่องหรือนอกเหนือ จากจุดที่สนใจก็พยายามโยนเข้าหาประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์

การเขียนบันทึกภาคสนาม (Field notes) (Streubert and Carpenter, 2007: 43)

เป็นการเขียนบันทึกที่เริ่มจากการสังเกตของนักวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ความคิดหรือประสบการณ์จากผู้ให้ข้อมูลได้ประสบ โดยนักวิจัยเป็นส่วนหนึ่งซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549: 96-97) แบ่งการบันทึกภาคสนามเป็น 2 ประเภท คือ การบันทึกการสังเกต และการบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกการสังเกตแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในสนามที่ศึกษา เช่น บุคคล กิจกรรม ฉาก และเรื่องราวต่างๆ เรียงตามรายวัน เป็นการบรรยายภาพหรือบริบทที่ศึกษาเพื่อให้ผู้อ่านได้มองเห็นภาพเช่นเดียวกับนักวิจัยได้เห็น อีกส่วนหนึ่ง คือ การบันทึกความรู้สึกส่วนตัวของนักวิจัยเพื่อทบทวนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับงาน สิ่งแวดล้อม ทั้งทาง

กายภาพและทางสังคมที่มากระทบต่องาน และการเล่าประสบการณ์ที่เชื่อมโยงกับความรู้สึกรู้สึกของตนเองที่มีต่อสนาม ซึ่งในส่วนนี้อาจมีส่วนช่วยในการตีความปรากฏการณ์ต่อไป การบันทึกการสัมภาษณ์ คือ การจดคำให้สัมภาษณ์ การบรรยายกริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหรือการจดบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่สามารถบันทึกด้วยเทปบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ การนำเอาข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าวิจัยมาจัดกระทำให้เป็นระบบ และหาความหมาย แยกแยะองค์ประกอบ รวมทั้งเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเพื่อให้สามารถนำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 2003 อ้างถึงใน อารีวัชรณ อ่วมตานี, 2549) ซึ่งจะวิเคราะห์หลังจากถอดเทปที่ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไป พร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ถอดข้อความเทปการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแบบคำต่อคำ (Verbatim) อ่านข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลซ้ำหลายๆ ครั้ง ร่วมกับการฟังเทปเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดหลายๆ ครั้งเพื่อให้เข้าใจในเนื้อหา หรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ
2. จัดแยกข้อความที่สำคัญหรือดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการขีดเส้นใต้ หรือแยกข้อความสำคัญนั้นไว้
3. จัดกลุ่มความหมายเป็นหัวข้อ เป็นหมวดหมู่ หรือนำข้อความหรือประโยคสำคัญมา กำหนดความหมายในแต่ละประโยค
4. นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่กำหนดความหมายไว้แล้ว นำมาจัดรวมเป็นหัวข้อ (Theme) ที่พบได้บ่อย หัวข้อใหม่ที่พบจะถูกนำมาเพิ่มเติม จนไม่มีกลุ่มใหม่เกิดขึ้น
5. ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกนำมาผสมผสาน อธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วน โดยให้เป็นไปในรูปแบบของการบรรยาย เขียนให้มีความต่อเนื่องกัน และกลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อต่างๆ ซึ่งในตอนนี้ พยายามลดทอนข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป โดยสรุปรวม หรือจัดหัวข้อย่อยไปอยู่ร่วมกับหัวข้อที่มีลักษณะประเภทเดียวกัน หรือเป็นเรื่องที่เป็นหมวดหมู่เดียวกัน

6. นำคำอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดไปรวมกันและสังเคราะห์ (Integrate and synthesized) เป็นประโยคที่เป็นโครงสร้างที่มีสาระสำคัญของปรากฏการณ์ เพื่อสรุปประสบการณ์จริงภายใต้การศึกษา

7. ตรวจสอบความตรงของปรากฏการณ์ (Validate) โดยนำประเด็นของปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าเป็นความเป็นจริงหรือไม่ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลปรับแก้เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล และนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา มีการปรับเปลี่ยนสำนวนภาษาและการจัดหมวดหมู่ของประเด็นหลักและประเด็นรองบางประเด็น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยยึดหลักการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ตามแนวคิดของ Guba and Lincoln (1985, 1989 อ้างถึงใน อารีวรณ อ่วมธานี, 2549: 132-136) ได้กล่าวถึง การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง คือ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ตรวจสอบได้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ

1.2 การควบคุมสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจชัดเจน อธิบายรายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ

1.3 มีการวางแผนและดำเนินการตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสบายใจ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเลือกสถานที่ทำงานในหอผู้ป่วย

1.4 ผู้วิจัยมีความตระหนักอยู่เสมอว่าในระหว่างการเก็บข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครอบคลุมและตรงกับความเป็นจริงตามประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเองและพยายามไม่นำความคิดนั้นมาใช้ในการตัดสินใจตัดสินคำสัมภาษณ์ เพื่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1.5 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม แล้วเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำจากเทปและนำประเด็นที่วิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอ่านและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งตรวจสอบผลการวิเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นการยืนยันการตรวจสอบความถูกต้องและมั่นใจในเนื้อหาและประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยนำไปอ้างอิงในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลเท่านั้นคือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจะไม่นำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุม ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการได้ ประเด็นหลักและรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับ การตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถตรวจสอบได้ (Audit trial) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งได้ศึกษาทั้งในส่วนที่เป็นความหมายและในส่วนที่เป็นประสบการณ์ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้นำเสนอไว้ในบทที่ 4

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative descriptive) เพื่อศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ปีขึ้นไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นผู้มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของ Colaizzi (1978 อ้างถึงใน อารีขั้ววรรณ อ่วมธานี, 2549) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 14 คน ในบทที่ 4 นี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนที่ 2 นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ความหมาย ดังนี้

- 1.1 การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- 1.2 การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ
- 1.3 การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

- 2.1.1 เริ่มต้นจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน
- 2.1.2 เริ่มต้นจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม

2.2 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

- 2.2.1 จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ
 - 1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร

- 2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร
- 3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2.2 จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

- 1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง

2.3 ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

2.3.1 ผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

- 1) ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์คุกคามได้ดีขึ้น
- 2) ได้ตายอย่างสงบ
- 3) ครอบครัวลดความโศกเศร้า

2.3.2 ผลต่อบุคลากร แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

- 1) สุขใจกับผลการพัฒนา
- 2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.3.3 ผลต่อหน่วยงาน แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น
- 2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้

บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา

ลักษณะการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

ลักษณะการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่เป็นพื้นที่ที่ศึกษา หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับ 1) ด้านการบริหารบุคลากร มีการวางแผนวิเคราะห์อัตรากำลัง จัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อหน่วยงาน มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบบุคลากรทุกระดับ นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ วางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งในระยะสั้นและระยะยาวให้เหมาะสมกับหน่วยงาน ดูแลสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากร 2) ด้านการบริการพยาบาล มีการวางแผนศึกษาวิเคราะห์ปัญหาทางานบริการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในเรื่องการบริหารจัดการ การป้องกันความเสี่ยง การควบคุมการติดเชื้อ การรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการควบคุมประกันคุณภาพการ

พยาบาล การดำเนินการกิจกรรม 5 ส การสนับสนุนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน และการประสานงานกับทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย (PCT) เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการบริการ ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีการจัดการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ ตั้งแต่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การพยาบาล การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี การอบรมให้ความรู้ภายในหน่วยงาน และการวางแผนการดูแลรักษาพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ด้านวิชาการ นอกจากนี้ในด้านวิชาการยังมีการให้ความรู้ ได้แก่ การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล เช่น มาตรฐานการพยาบาลต่างๆรวมทั้งให้การสนับสนุนบุคลากรเข้ารับการศึกษทั้งภายในและภายนอกสถานที่ จัดให้มีการนำเสนอผลงานทางวิชาการ เข้าร่วมประชุมวิชาการกับฝ่ายการพยาบาล มีการศึกษาดูงาน และจัดหาตำราและเอกสารทางวิชาการไว้ในหน่วยงาน มีการดำเนินการวิจัยและใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในด้านการบริหารงานทั่วไป เป็นประธานการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน ร่วมจัดทำงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน เบิกจ่ายวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ประจำวัน และประจำเดือน กำหนดความต้องการการจัดหา ควบคุมการใช้และการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอพร้อมใช้ในหน่วยงาน ดำรวจตรวจตราสิ่งแวดล้อม นานโยบายจากผู้บริหารลงสู่การปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่เวรตรวจการกลางคืน นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานยังต้องปฏิบัติงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น กรรมการจัดงานต่างๆ งานวันปีใหม่ งานวันคล้ายวันสถาปนาโรงพยาบาล งานวันพยาบาลสากล งานวันศิษย์เก่า เป็นต้น จะเห็นได้ว่าด้วยลักษณะการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นภารกิจที่ค่อนข้างมาก ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องใช้เวลาทำงานทั้งในและนอกเวลาทำการ

ส่วนที่ 1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในองค์กร จึงจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ตามที่องค์กรคาดหวังไว้โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากต้องเป็นผู้นำในทุกกระบวนการของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
2. การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ
3. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

1. การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่จำเป็นต้องทำเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยนั้นต้องการการดูแลอย่างครบองค์รวม และต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับอย่าง ถูกต้อง ถูกใจ ถูกเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถวางแผนกับชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมโดยต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และครอบครัวสามารถยอมรับกับสภาพนั้นได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เราดูแลเรื่องสิทธิของคน ไข้ด้วย แล้วเราก็ตอบสนองความต้องการของญาติไปพร้อมๆกันด้วย ไม่ได้ขึ้นว่าเราเป็นศูนย์กลาง แต่กลายเป็นคน ไข้เป็นศูนย์กลาง ญาติเป็นศูนย์กลาง เพราะญาติก็เป็นตัวแทนของคน ไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2551)

“คุณภาพของพี่เนี่ยหมายถึงมันต้องได้ตรงตามที่ที่คน ไข้ควรจะได้รับนะ ว่าเออคน ไข้ต้องรักษาอย่างไร ต้องได้รับ เออ ครบตามที่เค้าควรจะได้รับ ทั้งทางด้านร่างกายที่จะแก้ไขต่อความบกพร่องของเค้า แล้วก็ เออ ทางด้านจิตใจที่ต้องคอย support เพราะบางทีทุกอย่างมันเหมือน dynamic นะ มันไม่สามารถที่จะเปลี่ยนได้ตรงตัวทฤษฎีตามนั้นได้ หรือว่าเป็นตามนั้นได้ พี่คิดว่าคุณภาพของพี่คือคน ไข้ได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ ถูกต้อง ถูกใจ ถูกเวลา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 23 สิงหาคม 2551)

“ตอนนี้ถ้าเรารู้ว่ายัง ใ้คน ไข้ก็งต้องตาย เราก็จะอนุ โลมญาตินะ ถ้าอยากอยู่เฝ้ากินเวลา เราก็จะอนุญาติ... ญาติอยากจะทำอะไรของขลังมาแขวนที่เตียงก็ OK เออเทปมาให้เปิดให้คน ไข้ฟัง ...คือเราอะลุ่มอล่วยให้หมด และเราก็จะคอยอธิบายอาการ หรือคอยติดต่อประสานงานเพื่อให้ญาติได้พูดคุย ถามข้อสงสัยกับแพทย์เจ้าของเป็นระยะๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

2. การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นการจัดการดูแลที่ต้องใช้มาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางการดูแลของทีมแพทย์และพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน เพราะถ้าไม่ได้ใช้มาตรฐานในการดูแลอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ตลอดเวลา ดังนั้นในการจัดการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“พี่ว่าดิฉัน ดีกับทั้งตัวคนที่มารับบริการ ทั้งตัวญาติ แล้วก็ดีกับตัวเราเองด้วย มันทำให้เรารู้สึกว่าในคนไข้ที่เขาถึงแก่ชีวิตเนี่ย รู้สึกว่าเราไม่ได้เสียใจก็เหมือนกับว่าเราทำให้เขาเต็มที่แล้วมันเหมือนไม่มีอะไรติดค้างในใจเราเพราะพี่ว่าเราได้จัดการดูแลเขาตามมาตรฐานวิชาชีพของพวกเขาไปแล้วนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 30 กรกฎาคม 2551)

“พี่ว่าอย่างหนึ่งล่ะเราต้องรู้ภูมิหลังของคนไข้ด้วย พอรู้ข้อมูลแล้วก็ต้องคุยกับหมอด้วยว่าพยาธิสภาพเขาเป็นยังไง แล้วหมอมีแนวทางการรักษาคนไข้อย่างไร เราจะได้มาคุยเป็นแนวเดียวกันก็คือเป็นมาตรฐานเดียวกัน แล้วก็วางแผนการรักษาอย่างไรต่อเนื้อง จะได้วางแผนให้การพยาบาลแก่เขาได้ถูกต้อง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2551)

“พอดีมีคนไข้ *Lock-in syndrome* (คนไข้โรคหลอดเลือดสมองชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เลย แต่รู้สึกตัว สื่อสารได้ เพียงการหลับตา ลืมตา หรือการกระพริบตา) คนไข้พวกนี้ถ้าการดูแลไม่ดีไม่ได้ใช้มาตรฐานในการดูแล ก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและก็ตายได้ตลอดเวลา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

3. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าเป็นการจัดการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเพราะในการดูแลผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเน้นการให้การดูแลเหมือนผู้ป่วยเป็นญาติ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีสบาย ไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อให้ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดแล้วก็จะรู้สึกเหมือนได้สร้างบุญกุศลดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“พอเรารู้สึกว่าได้ช่วยเขา ทำให้เรารู้สึกว่าเราได้สร้างบุญ โดยที่เราไม่รู้ตัว พอเห็นเขามีความสุขนะก็สุขด้วย แบบว่าพอเห็นเขาทุกข์ทรมานก็สงสาร คนเราก็คิดมาแค่เขาเป็น โรคมะเร็งเขาก็แย่แล้ว พี่พยายามสอนน้องนะว่าถ้าเจอ case ที่ End stage ไม่ว่าจะ เป็นมะเร็ง ไตรระยะสุดท้าย ให้พยายามดูแลเขาให้ดีที่สุด... คนเราไม่ได้กลัวตายนะ กลัวความเจ็บปวดมากกว่า ถ้าคุณไม่เจ็บนะ ต่อให้คุณเป็นมะเร็งจะตายเมื่อไหร่ก็ไม่เคยกลัวหรอก แล้วก็อีกอย่างหนึ่ง อย่าแสดงความรังเกียจเคียดจัญท์เขา หรือ ว่าเบื่อหน่ายเขาว่าเมื่อไหร่จะไปซะที ให้เอาใจเขามาใส่ใจเรา คิดว่าเขาเหมือนญาติเราคนหนึ่งเหมือนกัน ดูแลเขาให้เต็มที่ที่จะสร้างบุญกุศล โดยที่เรารู้ตัว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2551)

“คือพี่มองว่าการดูแลทางด้านจิตใจ โดยใช้ศาสนาเข้ามาดูแลเป็นส่วนที่มีความสำคัญ พี่เคยไปอบรมเรื่องการดูแลคนไข้โดยใช้แนววิถีพุทธไปดูการใช้ธรรมะในการดูแลคนไข้ในระยะสุดท้าย เค้ามียุทธวิธีหนึ่งเราไปอบรมมาเค้าบอกว่าถ้าเราเตรียมตัว เตรียมจิตใจ ได้ดีในระยะสุดท้ายคนไข้จากไปในภพภูมิที่ดีเค้าจะได้ไม่กระวนกระวาย เค้ามียุทธวิธีตั้งแต่ยังดีที่อยู่ เป็นการเตรียมพร้อมจิตใจไปเรื่อยๆ พอถึงจุดหนึ่งเค้าจะยอมรับได้ง่ายแม้กระทั่งในมุมนี่เหมือนกันเรื่องญาติ ในระยะสุดท้าย เราอยู่กับมากก็จะบอกว่าอย่าไปร้องไห้ฟูมฟาย ถ้าร้องไห้ฟูมฟายเค้าก็จะจากเราไปแบบทรมานตาย ไปแบบมีหวัง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 12 พฤศจิกายน 2551)

“เรื่องการเปิดเทปให้ฟังในคนไข้ระยะสุดท้าย แล้วก็เราก็จะทำตามนั้น ถ้าชอบ อาจจะฟังเพลง ฟังธรรมะก็ได้ ถ้าไม่ชอบก็ไม่ใช่ไรแล้วแต่คนไข้ชอบ อีกอย่างหนึ่งเรื่อง... คนไข้ปวดขนาดนี้ มันทุกข์ทรมาน ทุกข์ทรมานก่อนตายมันไม่ควรนะ พี่รู้สึกอย่างนั้นนะ ว่าควรจะให้เค้าสุขสบายมากที่สุด เท่าที่จะทำได้ พี่จะแคร่เรื่อง *pain* มาก ก็จะต้องบอกน้องเรื่อง เรื่องการควบคุมเรื่อง *pain* คนไข้ให้ได้ เรื่องการรายงานแพทย์ การประเมินอะไรอย่างนี้ ต้องให้แม่นนะ แล้วก็ต้อง *take care* เค้าให้ได้ เมื่อไหร่ที่คนไข้บอกปวดต้องจัดการให้เค้าละ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 มกราคม 2553)

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีข้อค้นพบที่สำคัญ 3 ประเด็นหลัก คือ

2.1 ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

2.1.1 เริ่มต้นจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีการพูดถึงกันมานาน แต่ในความเป็นรูปธรรมของการดูแลยังไม่ชัดเจน ทั้งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเหมือนเกณฑ์ที่จะต้องนำมาปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อขึ้นมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพในการดูแล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นนโยบายของโรงพยาบาลที่จะต้องนำมาปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ก็จริง ๆ แล้วเนี่ยตอนที่พี่ขึ้นมาเป็นหัวหน้าหอใหม่ๆ เนี่ยเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนี่ย เหมือนมันเป็น *Topic* หนึ่งที่ที่คนที่ เป็นหัวหน้าหอต้อง *Concern* ใช่มั้ยคะ เนื่องจากว่ามันเป็นนโยบายของโรงพยาบาล เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, สัมภาษณ์, 30 มิถุนายน 2551)

“จริงๆแล้วนะเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนี่ย โรงพยาบาลมีการพูดถึงกันมาก่อนข้างนานแต่ว่าความเป็นรูปธรรมของการดูแลตรงนั้นมันยังไม่ชัดเจนนะคะ... เรามีคณะอนุกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นซึ่งในคณะกรรมการก็จะประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลแล้วก็นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่เหมือนกับสาขาวิชาชีพจะเข้ามาที่จะฟอร์มทีมมาเป็นคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตรง จริง ๆ แล้วช่วงสมัยนั้นมันเหมือนกับจะมีรูปธรรมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมา มันออกมาเป็น Paper หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย แต่มันค่อนข้างจะ (หยุดคิด) คือพอลงเอามาใช้จริง มันไม่ได้รับการเหมือนกับติดตามประเมินผลกันช่วงนั้น แต่ออกมาเป็นเหมือนกับแนวทางแล้วนะ แต่ว่าคือพอไม่มีใครคอยควบคุมกำกับ Paper ชุดนั้นก็คือเอามาของใช้ แล้วก็ไม่มีคนสานต่อกับตรงนั้นก็เลยเงียบไป ที่นี้พอมีคณะกรรมการชุดนั้นขึ้นอย่างเนี่ยรู้สึกจะตื่นตัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2551)

2.1.2 เริ่มต้นจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุม และให้การดูแลอย่างเต็มที่ การดูแลจึงจะสามารถช่วยให้เขาตายอย่างสงบ ตายอย่างงดงาม ซึ่งทำให้เหมือนกับเป็นการทำบุญโดยที่ไม่รู้ตัว ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“มันก็เหมือนกับเราทำบุญ โดยที่เราไม่ต้องไปชวนขวยใส่บาตร หรืออะไรอย่างเนี่ย แล้วก็อีกประเด็นหนึ่งมันก็จะจะมี Case บาง Case ที่เราคิดว่าถ้าเราไต่ยื่นมือเข้าไปช่วยเค้า โดยเราก็คุยกับหมอก่อน แบบว่าน่าจะเป็น End of life แล้วเราก็มีความรู้สึกที่เราอยากจะช่วยเขา ให้เขาได้คือเหมือนกับว่าเค้าได้จากไป แบบอะไรนะ เออ! ก็อยาก让他ตายอย่างงดงาม ตายอย่างสวยงามอะไรประมาณนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 30 มิถุนายน 2551)

เราจะทำ family conference โดยมีหมอ ญาติทั้งหมด พี่นัด Resident Staff แพทย์จิตเวช เข้าร่วมคุยกัน 1-2 ชั่วโมง ตอนแรกลำบากมากเนื่องจากญาติ มีเยอะ มีหลายความคิด ญาติผู้ป่วยบางคนใช้ทางจิตวิญญาณเช่นขอเอา ใบไม้เสกมาโปรยเตียง เราก็อธิษฐานขอให้เขาทำ บางรายตรงกับวันคล้ายวันเกิด ก็จัด cake นลองวันเกิดให้ บางรายนิมนต์พระมาประกอบพิธีทาง ศาสนาโดยการสวดมนต์แผ่กุศลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ บางรายพี่ก็เอา หนังสือธรรมะให้อ่าน ให้ แต่ก็เกิดปัญหาคือไม่สามารถทำได้กับผู้ป่วย ทุกคนเนื่องจากพระอยู่ไกลในแต่ละวัด และสุดท้ายก็มีการสวดมนต์ และ ใช้วิธี พุทธ โท หรือเล่าเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขให้ฟัง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 21 ตุลาคม 2551)

“พี่ว่าผลที่ได้ดีค่ะ ทั้งในเรื่องการดูแลด้านร่างกาย คนไข้ก็รู้สึก สบาย ได้รับการดูแลทั้งกับเจ้าหน้าที่และคนในครอบครัว ด้านจิตใจ คนไข้ที่รู้สึกตัวก็ฟังพอใจ เกิดความรู้สึกดีๆที่ได้รับการเอาใจใส่จาก ครอบครัวของตัวเอง ไม่โดดเดี่ยว ส่วนคนที่ไม่รู้สึกตัว ญาติก็ฟังพอใจ ดีใจที่ยังได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ ส่วนเจ้าหน้าที่ของเราพี่ว่าเค้าได้ มีการพัฒนาในด้านจิตใจนะ พี่เคยถามเค้าบอกว่ารู้สึกได้ทำบุญ รู้สึกว่า ตัวเองได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดให้กับคนไข้แล้ว ทั้งๆที่เรามักจะได้ยินคนอื่น พูดเสมอว่างานพยาบาลของเราก็เหมือนได้ทำบุญทำกุศลอยู่แล้ว แต่น้องๆรู้สึกเฉยๆ แต่พอมีโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขึ้นมา ทำให้เค้าเข้าใจมากขึ้นว่ามันไม่เหมือนกับการดูแลคนไข้ทั่วไป พอได้มาทำ แล้วเวลาคนไข้ตายอยากให้เขาตายอย่างงดงาม เป็นสุข ญาติไม่เป็นทุกข์ เค้าก็เลยรู้สึกดี ส่วนตัวพี่ ก็ดีใจที่ทำให้ทั้งคนไข้ และ เจ้าหน้าที่เกิดความรู้สึกที่ดีๆ เป็นผลพวงต่อเนื่องกันไป”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

2.2 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย
แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

2.2.1 จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการดำเนินการเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ภายหลังจากที่มึนโอบายและแนวทางของโรงพยาบาลเกิดขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการนำแนวทางมาใช้ แต่การที่จะนำแนวทางมาใช้ได้ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ การเตรียมพร้อมของบุคลากร โดยมีการจัดหาสถานที่ในการดูแล มีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หลังจากนั้นก็มีคนไข้พวกนี้เข้ามาเป็นระยะ ถึงแม้ว่าจะไม่มากนัก ตรงนี้เองทำให้พี่มานั่งคิด ปรึกษาอาจารย์ และกับมานั่งคุยกับน้องๆว่าเราจะทำอะไรกันมัย มันคงไม่ใช่แค่บอกให้ญาติเตรียมเสื้อผ้าเท่านั้น มันน่าจะมื่ออะไรมากกว่านั้น ก็เลยมีโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นที่ตึก มีแนวทางก็นำแนวทางของโรงพยาบาลมาใช้ แล้วก็มานั่งคุยกับน้องๆว่าคนไข้พวกนี้เราควรแยกมัยให้เค้าได้แยกอยู่ส่วนตัวมัย ถ้าแยกเราจะจัดที่ตรงไหน ก็คุยกัน นอกจากนี้พี่เองก็คอยหาสิ่งสนับสนุนต่างๆ เช่น หาทุน มีการซื้อวิทยุเทป ทีวีสำหรับเปิดเทปธรรมะ หาตู้หนังสือหาหนังสือธรรมะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 8 กันยายน 2551)

“พี่ก็จัดตั้งเลยใครเป็นประธาน ก็หาคนที่คิดว่าน่าจะ work น้อยแล้วก็หาทีมงาน เค้าให้เค้าฟังว่ามันเป็นอย่างนี้นะ ถ้าไม่เข้าใจก็ให้ไปหาข้อมูลเพิ่ม หรือพอมีประชุมเรื่องนี้พี่ก็ส่งเค้าไปอบรม พอดีน่องที่เป็นประธานเค้าเก่ง แล้วก็มีความตั้งใจ อบรมมา ก็เขียนโครงการ พี่ก็คอยปรับปรุง แก้ไขให้ แล้วก็เสนอผู้ตรวจการพยาบาล จากนั้นทีมเค้าก็จะมาบอกนะว่าเค้าต้องการอะไร พี่ก็จะหามาให้ เมื่อเรียบร้อย พี่ก็จะแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในตึก ให้ทุกคนได้รับรู้ว่า ตอนนี้เรามีโครงการนี้นะ มันก็คงเป็นการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่างๆ ไป คือ จัดตั้งคณะกรรมการประชุมวางแผนงาน ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ แล้วก็ประเมินผลการทำงาน อ้อ! ลืมบอกไป พี่มีการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่รับทราบด้วยว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมันคืออะไร เป็นอย่างไร จัดเป็น class เลย ซึ่งปัจจุบันก็ OK นะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 มกราคม 2551)

2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร เป็นอีกสิ่งหนึ่งซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดการพัฒนาขึ้น เพราะถ้าบุคลากรได้รับความรู้ ก็จะสามารถรับรู้และเข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติที่จะให้การดูแลผู้ป่วย และสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบองค์รวม โดยที่วิธีการให้ความรู้นั้นมีตั้งแต่การส่งบุคลากรไปอบรม ส่งไปศึกษาดูงาน หรือใช้วิธีเรียนรู้ไปด้วยกัน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ปลายเดือนน้องเราจะไปดูงานเกี่ยวกับ *End of life 1* เดือนที่อเมริกา ที่ซีแอตเทิล เป็นทุนที่หากันเอง อาจารย์หาให้ซึ่งเราจะติดต่อประสานงานกับอาจารย์ที่เขามาสอน *End of life care* ก็เลยติดต่อกับเขาว่าอยากไปดูงาน ได้ดูงานเกี่ยวกับงานวิจัยด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2551)

“ช่วงเช้าๆเรามี *pre-post conference* กัน เราเริ่มรู้ละ คนไข้เราที่มีอยู่เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงนะ ถ้าจะเข้า ถ้าจะเข้าไปพูดไปคุยอะไรกับคนไข้ เราจะเริ่มให้ซี6 เริ่มเข้าไปก่อนนะ เขาก็จะไปคุยก่อน ว่าเข้าไปถึงจะพูดคุยอะไรประเมินอาการญาติกับคนไข้อย่างไรก่อน ก็จะเรียนรู้กันไปเรื่อยๆ อย่างนี้ ส่วนน้อง ส่วนน้องที่เป็นคูเวรเขาก็จะค่อยๆ เรียนรู้ด้วยกันไป เวลามาเป็น *incharge* ก็จะค่อยๆ ฝึกกันไปอย่างนี้ละ ฝึกกันไปว่าจะต้องพูดอย่างไร และลักษณะธรรมชาติของ ลักษณะธรรมชาติของญาติของคนไข้เค้ามีลักษณะพิเศษอย่างไร ที่เราจะต้องเข้าไป *approach* เค้า เราต้องรู้ลักษณะเฉพาะของแต่ละคนด้วย ค่อยๆ สอนกัน แต่เราจะไม่ให้อยู่อยู่ไม่เคยพูดไม่เคยจา ไม่เคยรู้จักคนไข้เข้าไปพูด ไม่เอา ไม่เอามันมันหักหาญเกินไป ถ้าเป็นผู้ใหญ่หน่อยจะค่อยรู้ละ ค่อยพูดค่อยจาค่อยๆ ประเมินไปที่ละ *step* ว่าระดับนี้พูดได้แค่ไหนนะ และเราก็จะมีการรับเวร ส่งเวรกันเรื่องนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 12 พฤศจิกายน 2551)

“มีการส่งพยาบาลไปอบรม หรือว่ามาทบทวนแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาล หรือที่ผ่านมาก็ทวนให้น้องเค้าฟังว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคืออะไร palliative care คืออะไรเนี่ย แล้วที่ case นี้เข้า End of Life เพราะอะไร เค้าก็เข้าใจตรงนี้ แล้วก็เอามาทำ C3 THER ก็มี ในหน่วยงานคิดว่าเราจะมึบเทาอย่างไรบ้าง ก็จะเน้นว่าส่วนใหญ่เราจะดูแลร่างกายนะ ความสุขสบาย แต่เราลึ้มดูไปมึ้ยด้านจิตใจ หรือจิตวิญญาณ ทำยังงัย ก็ให้น้องคิดเอง บางคนก็จัดแจงแนะนำญาติ เอาพระมา มาสวด หรือบางคนอิสลามเนี่ย บางคนก็ทำพิธีห่มจีวร บางคนก็เอาเทพธรรมไปเปิด ก็มีญาติ End of Life ที่เพิ่ง death ไปไม่นาน ก็เอาเทพมาให้เต็มเลย เทพธรรม เค้าบอกว่าหลังจากที่เค้าพาแม่กลับไป Death ที่บ้านเนี่ย เค้าซื้อเทพธรรมให้แม่ฟัง แม่ชอบ ก็เลยเอามาให้ที่ตึกเต็มเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2551)

“มีการจัดหลักสูตรอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร ที่ที่ส่งคนไปอบรม คือเราต้องการให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น ซึ่งก็อย่างที่บอกคนไข้ที่มันก็ไม่ใช่ว่าระยะสุดท้ายจะทีเดียว แต่ในความเป็นจริงมันก็มี ถ้าเจ้าหน้าที่เราที่มีความเข้าใจ เห็นความสำคัญ เค้าก็จะเข้าใจ เกิดความเห็นใจในตัวคนไข้ ตัวญาติ หรือครอบครัว ก็จะไม่มีเบื่อก็คงต้องพูดอะไรซ้ำๆ ทำอะไรซ้ำๆ เกิดความยึดหยุ่นมากขึ้น อีกส่วนหนึ่งที่ส่งน้องเข้าไปเรียนหลักสูตรเฉพาะทางของวิทยาลัยพยาบาล แต่เป็นการพยาบาลแบบประคับประคอง ก็เอามา apply พอเค้าจบมาเค้าก็เข้ามาพัฒนางาน มีโครงการสอนเจ้าหน้าที่เพิ่ม ให้ความรู้ หรือเวลามีกิจกรรมอะไรเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล ให้หน่วยงานส่งแผนงาน หรือโครงการก็จะให้น้องคนนี้เค้าเป็นคนคิดริเริ่ม แล้วเอามาให้พี่ดู มีการคุยกันว่าทำได้หรือไม่อย่างไร”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนางาน เพราะการ

จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้บุคลากรได้รับรู้ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงสามารถรับรู้ถึงเป้าหมายของการดูแล ทำให้ทั้งผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และบุคลากรก็เกิดความสุขในการทำงาน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เรามีแนวทางปฏิบัติว่าพยาบาลเจ้าของไข้ที่รับผิดชอบ ต้องดูแลพวกนี้ทั้งหมดเลยว่าเขาต้องทำอะไรบ้าง มันเหมือนเป็นคู่มือหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องตอบสนองทางด้านจิตใจนะ ด้านร่างกายทำอะไรบ้าง มีการประเมินความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การจัดบรรยากาศ ปฏิกริยาของญาติ เพราะบางคนเขาโวยวายมาก เราจะต้องปลอดภัยเป็นผู้รับฟังที่ดี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2551)

“พอ HA เข้ามาพอดี เขาก็เข้ามาให้ suggestion กับเราน่าจะมีในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย กับการดูแลอย่างอื่นเนี่ย เขาคิดว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนี่ยยังไม่ชัดเจน อยากให้มันชัดเจนขึ้น ก็ทีมงานก็พยายามช่วยๆกัน จะพยายามให้มีทุก ward ตอนนี้ก็มีเกิดแนวคิด แล้วก็มีการปฏิบัติตาม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุก ward โดยจัดให้มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการดูแลที่ช่วยทางด้านจิตใจ การดูแลแบบองค์รวม กาย จิตวิญญาณ สังคม ต่างๆ เหล่านี้แหละ เพื่อที่จะทำให้บุคลากรได้มีการรับรู้ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นแนวทางเดียวกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 20 พฤศจิกายน 2551)

“ทางโรงพยาบาลเรามีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมาทีมน้อง ๆ นี้ก็คิดเนะตรงที่ว่า เข่าบอกว่า เมื่อไหร่ที่เข่าต้องรับเป็นหัวหน้าเวรแล้วเข่าต้องมานั่งดูคนไข้ที่ไม่รู้เป้าหมายในการดูแลเข่าจะ stress เข่าก็ไม่รู้จะจัดการยังไงให้คือ คนไข้จะตายเวรเข่าไม่ได้เนะ แต่พอเข่ารู้เป้าหมายของการดูแลแล้ว ประกอบกับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดูเป็นแนวทาง เมื่อมันถึงที่สุดในเวรเข่า เข่าก็จะไม่พกความรู้สึกที่ไม่ดีเนะ คิดตัวลงไป เพราะฉะนั้นเข่าจะรู้สึกว่าเขาได้ทำ

ดีที่สุดแล้ว เมื่อคนไข้จะเสีย ก็เสีย ความรู้สึกที่ *stress* ก็หมดไปกับตรงนี้ กลับไปก็ไปนอนได้ มันมีความรู้สึกที่เรา เราดูเค้าไม่ดีหรืออะไร อย่างเนี้ยก็พักกลับไปนอน นอนไม่หลับ มันจะเป็นอย่างเนี้ย แล้วพอลาม นื่อง ๆ ก็จะรู้สึก ก็เลยพอมืออย่างนี้ขึ้นมา นื่อง บอกว่าเค้าแฮปปี้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 3 กุมภาพันธ์ 2553)

2.2.2 จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า การจัดกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนั้นจะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากกิจกรรมที่จัดนั้นเกิดจากการใช้ องค์ความรู้เพื่อแก้ไขส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องในการดูแล เช่น การทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เมื่อก่อนจะไม่มีทางด้านศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่พอมีเรื่อง พัฒนาคุณภาพเข้ามา ก็คุยกันถึงกิจกรรมอะไรที่ทำในเรื่องการพัฒนาคุณภาพไป *Serve* กับเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขาก็เลยทำ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่อง *Family conference* ก็คือเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะวิกฤต คำระยะสุดท้ายของเขาความหมายก็คือว่า คล้าย ๆ ว่าเตรียมตัวก่อนที่จะ *death* หรือว่า *death* แล้วก็ต้องตายอย่าง สดวกดีศรี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2551)

“แรกๆก็ดูแลความสุขสบายทางกาย ทางจิตใจบ้าง พุดคุย หลังๆ มาเริ่มให้ นื่องทำโครงการพัฒนาคุณภาพโดยใช้องค์ความรู้ ล้อกับการดูแลผู้ป่วยว่ายังขาดอันไหน บทบาทพยาบาลมี *weak point* ตรงไหนและญาติที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็ได้แบ่งพยาบาลเป็น 3 กลุ่ม ทำ *PI 3* ชั้นและ นำมาร้อยเรียงกันเป็นกลุ่มเป็นก้อน.... กลุ่มที่ทำเรื่องเคมีบำบัดจะต้องมีความรู้ลึกในเรื่องเคมีบำบัด มีการทำบันทึกทางการพยาบาล ทำ *Patient Care Plan* ในกลุ่มของตัวเอง ปีต่อมาเมื่อมีความรู้แล้วงานพัฒนาความรู้

ก็จะตามมาและน้องก็จะมีใจรักในงาน ในปีแรกๆผลงานยังไม่ออก มีโครงการธรรมดา โดยน้องมาปรึกษา พี่ก็ให้คำปรึกษาและสนับสนุน เขา ถ้ามีการอบรมในเรื่องที่ตรงกับกลุ่มไหนพี่ก็จะให้น้องที่อยู่ในกลุ่มนั้น ไปเพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 3 ตุลาคม 2551)

“อย่างอื่นหรือ ตอนนี้มีโครงการพัฒนาคุณภาพต่างๆเช่น โครงการใส่บาตร แต่โครงการนี้พี่ไม่ได้เป็นคนเริ่มหรือคนนะ พี่ที่ชั้น 2 เป็นคนเขียนโครงการแต่เราก็เข้าไปร่วมประชุม คือเราแบ่งงานกันทำ แล้วพอเสนอโครงการเสร็จ เราก็ทำเลย แข็งน้องๆให้รู้ว่าตอนนี้เราจะมีการใส่บาตรทุกวันจันทร์กับวันพฤหัสบดี จะมีพระมารับบาตรคือที่นี้พระจะเข้ามารับบาตรที่เตียงคนไข้เลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นการพัฒนาที่จะต้องมีการปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานไม่สามารถที่จะกล่าวได้ว่าสิ่งใดดีที่สุดหรือถูกต้องที่สุดเพราะบริบทหรือองค์ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นในการพัฒนาจึงต้องมีขั้นตอนหรือมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“การดำเนินงาน เราเริ่มจาก *Psychosocial ward round* คือมี นักสังคม มีแพทย์ พยาบาล เข้ามารวมกลุ่ม... สักพักก็เริ่มมี *Group support* คือเริ่มไปที่ละนิด พัฒนากันไป... พี่จะรู้สึกว่ามันเป็นเรื่องหนึ่งซึ่งจะต้องให้ในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายเป็นเรื่องของ *End of Life* ที่ต้องปรับไปตามบริบทของเรา และต้องมีการปรับปรุงการดูแลตรงนี้อย่างต่อเนื่อง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2551)

“พี่ค่อยๆพัฒนาไป เพราะเราไม่สามารถกล่าวได้ว่าสิ่งไหน อันไหนดีที่สุดหรือถูกต้องที่สุดสำหรับเขา พี่ก็เลยคิดว่ามี *Step* ไหนใคร

ควรพัฒนาเรื่องอะไรก็ให้กลุ่มรับไปรับผิดชอบ โดยเปิดโอกาสให้เขาไปค้นหาความรู้ โครงการที่ทำแล้วน้องworkมากคือโครงการ *end of life* ซึ่งมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเริ่มที่จะมีโครงการที่ 2 เป็นโครงการดูแลผู้ใกล้ขีด โดยการส่ง Card ให้ผู้ป่วยที่ใกล้ตาย พี่ทำโครงการขอเงินทุนจากฝ่ายการ PCT มา support โครงการจะได้อยู่ได้นาน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 21 ตุลาคม 2551)

“พี่ว่า *end of life* เป็นเรื่องของการพัฒนางาน เป็นโครงการ *end of life* ซึ่งต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ความรู้ เป็น KM อย่างหนึ่งซึ่งจะพัฒนางานในกลุ่มงานของเราทั้งแท่ง อย่างเช่น น้องคนหนึ่งเขาอยู่งาน *end of life* อยู่มาวันหนึ่งเขามาบอกพี่ว่าหนูจะไปงานศพผู้ป่วยจะซื้อพวงหรีดไป พี่จึงแนะนำเขาให้นำเงินไปร่วมทำบุญจะเกิดประโยชน์มากกว่าซื้อพวงหรีด ต่อมาน้องๆก็ไปร่วมงานศพผู้ป่วยบ่อยขึ้น หรือโครงการธรรมะน้องเขาอยากทำเทปให้ผู้ป่วย แรกๆเทปที่มีอยู่มันกระจัดกระจาย พี่ก็จะแนะนำให้เขาเก็บรวบรวมเป็นหมวดหมู่แยกเป็นบทสวดมนต์ เพลงผ่อนคลาย ต่อมาน้องได้คิดต่อยอดจัดให้มีเทปของผู้ป่วยอิสลาม ผู้ป่วยคริสเตียน จัดเป็นชุดๆ เป็นกระเป๋าๆ เรียกว่ากระเป๋า *end of life* ก็ดีค่ะคือเราค่อยๆพัฒนาปรับปรุงไปเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 12 พฤศจิกายน 2551)

2.3 ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการจัดการให้เกิดความร่วมมือกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มารับบริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ มีความรู้สึกอุ่นใจ สามารถเผชิญกับปัญหาที่เข้ามาคุกคามในระยะก่อนสิ้นชีวิตอย่างสงบ ครอบครัวของผู้ป่วยลดความโศกเศร้า และยอมรับการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ในการพัฒนาคุณภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องสร้างให้ผู้ร่วมงานทุกสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมทำงานเป็นทีม เพื่อให้ทีมในการพัฒนาคุณภาพเกิดกำลังใจ เห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อนำไปใช้ในการทำงานพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดความภูมิใจ มีความสุขในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ผลการพัฒนาดังกล่าวจะทำให้องค์กรได้พัฒนาระบบงาน เกิดการมีส่วนร่วม มีการ

ปรับปรุงอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร ซึ่งสามารถสรุปผลที่เกิดขึ้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดังนี้คือ

2.3.1 ผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

1) สามารถเผชิญกับสถานการณ์คุกคามได้ดีขึ้น

หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการปรับปรุงงานการพยาบาลระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะต้องช่วยเหลือในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทางร่างกาย ผสมผสานกับการดูแล ประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

“เราก็ต้องการให้ผู้ป่วยเค้าช่วยเหลือตนเอง สามารถปรับตัว กับสภาพร่างกายที่อ่อนแอ พอเขาเข้าสู่ระยะสุดท้ายซึ่งเขาจะหดรู่และ ลื่นหวั้ง การที่เราทำ *group support* และ *psychosocial ward round* ก็ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติค่อยๆปรับตัวปรับใจ ยอมรับความทุกข์ทรมานที่ตัวเองกำลังเผชิญ มันช่วยได้มากเลยละ ที่เคยร้องไห้ทุกวันก็คลายๆไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2551)

“พี่เคยถามคนไข้ล่ะว่า การที่เราจัดกิจกรรม เช่น การใส่บาตร โครงการสบายใจหายทุกข์ แล้วรู้สึกอย่างไร คนไข้เขาก็บอกว่า ดีมากเลยคุณ ชั้นรู้สึกได้ต่อบุญ อย่างน้อยก็จิตใจสบายขึ้น เกิดซาติน้ำจะ ได้ไม่ทรมาน พี่คิดว่าอย่างน้อยก็ช่วยบรรเทาความรู้สึกแย่ๆในจิตใจแก่เขาได้บ้าง การยอมรับกับสิ่งที่หมดหนทาง หมดความหวัง ก็ช่วยต่อชีวิตให้มีคุณภาพดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2551)

2) ได้ตายอย่างสงบ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าการดูแลอย่างเต็มความสามารถจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“จากประสบการณ์ของพี่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมานาน เขาจะบอกพี่ว่าพยาบาลดูแลเขาดีที่สุดแล้ว เขาทรมาณมากแล้ว ตอนนี้ไม่อยากรับยาอะไรต่อ อยากไปใช้ชีวิตแบบเดิมๆมากกว่า สุดท้ายขออยู่พร้อมหน้าคนที่เขารักจะได้ตายอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2551)

“อบรม *End of life care* แล้วช่วยคน ๆ หนึ่งได้มากน้อยแค่ไหน ต้องดูว่าคนคนนั้นมีจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาลวิชาชีพมั๊ย บางคนให้ไปอบรมเป็นสิบ ๆ ครั้งก็ไม่มีประโยชน์ถ้าเขาไม่ได้ทำด้วยใจ เขาไม่คิดจะทำตรงนี้เต็มที่เป็นเรื่องที่สอนกันยากในการที่จะดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายคนหนึ่งให้จากไปอย่างสงบที่สุด พี่จึงพยายามส่งน้องที่มีความสนใจด้านนี้ไปอบรมเพื่อที่เขาจะได้กลับมาดูแลคนไข้กลุ่มนี้ได้อย่างที่คนไข้เขาต้องการ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2551)

3) ครอบครัวยุติความโศกเศร้า

หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะจิตใจของญาติผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักมีความสำคัญในการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม เพื่อให้ครอบครัวผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักสามารถจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ได้ด้วยดี ดังคำพูดผู้ให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เราอย่ามองเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ต้องคิดถึงญาติพี่น้อง ครอบครัว เขาด้วย การที่พี่จัดกิจกรรมการพูดคุย *group support* ก็มองแล้วว่า ใครก็ไม่อยากสูญเสียคนที่รัก บางคนร้องไห้ไม่ยอมหยุด บางคนก็ซึมเศร้า มีรูปแบบมากมาย พี่คิดว่าเราได้ช่วยเขาให้ลดทอนจากความกระทบกระเทือนด้านจิตใจได้ ก็จะทำให้การพยาบาลครบถ้วนขึ้น เพราะเรามองความต้องการของผู้รับบริการจริงๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2551)

“การพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย น้องต้องคิดไปถึงความรู้สึกของญาติพี่น้องของเขาด้วย เพราะเขาต้องร่วมมือกับ

เราในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะต้องสังเกตอาการแสดงด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสำคัญ ต้องอธิบายให้เหตุผลให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ เพื่อให้มีวิถีภาวะด้านจิตใจมากขึ้น พร้อมรับการสูญเสีย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, สัมภาษณ์, 23 มกราคม 2553)

2.3.2 ผลต่อบุคลากร

1) สุขใจกับผลการพัฒนา

เมื่อมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าบุคลากรในบังคับบัญชาและตนเอง มีการเปลี่ยนความคิด ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในทางที่ดีขึ้น รู้สึกภูมิใจ และมีความสุขในการได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเข้าใจและรับฟังผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ทราบถึงความต้องการและให้บริการอย่างเป็นที่พึงพอใจ ดังคำสัมภาษณ์

“แรกๆก็ดูแลความสุขสบายทางกายทั่วไปนะแหละ ตามสภาพของผู้ป่วยว่าเขาต้องการอะไร พักหลังเริ่มให้น้องทำโครงการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานมากขึ้น โดยดูจากตึกอื่นๆเป็นแบบอย่างบ้าง ใช้โครงการเดิมของเราที่มีอยู่เดิมบ้าง และน้องบางคนก็คิดโครงการใหม่ พี่สังเกตเห็นน้องๆเริ่มสนุกกับงาน มีความคิดที่ร่วมกันทำโครงการ ก็สุขใจไปด้วย ก็เป็นความรู้สึกดีๆที่ตอบแทนมา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2551)

“คือเราร่วมกันทำให้เค้าเต็มที่... คนไข้ให้เต็มที่ทั้งครอบครัวก่อน แล้วหลังจากนั้นเราค่อยจนความคิดกันว่า คือ เมื่อเต็มที่แล้วมันไปไม่ได้อีกแล้วเนี่ย เขายังต้องการอะไรอีกไหม จากประสบการณ์ของพี่นะ ในการพัฒนากิจกรรม โดยทำกลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ มันเป็นบททดสอบว่าเราได้ให้เขาอย่างเต็มที่กำลัง ในขณะที่เขาไม่มีทางรักษาให้หายขาดแล้ว เวลาที่เหลืออยู่นี้จะทำสิ่งที่ไม่เคยทำ จะจำไว้เสมอว่าอยู่ที่นี้ได้รับความสุขอย่างไรบ้าง นั่นแหละ ใจของเราก็รู้สึกอึด น้องๆพี่ก็บอกว่ารู้สึกเช่นนั้น ทุกคนก็ร่วมใจกันพัฒนางานให้ดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 มกราคม 2553)

2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องร่วมกันทำงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ มีการทำกลุ่มกิจกรรมในการสะท้อนความคิดในการทำงานร่วมกันทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นเวทีในการพูดคุยเพื่อแก้ปัญหา บอกเล่าประสบการณ์ ถ่ายทอดความรู้ในหลายแง่มุม อันเป็นประโยชน์ในการนำเทคนิค แนวคิดที่เหมาะสม มาใช้ในการให้พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างประสบความสำเร็จ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“พี่มีความเห็นว่าการทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องมีขั้นตอน ต้องร่วมกันพูดคุยถึงปัญหาของเราอย่างถ่องแท้ มีวิธีการที่เหมาะสมกับคนไข้ของเรา แล้วช่วยกันปรับในส่วนที่เป็นช่องว่าง การที่เราได้ร่วมกับหอผู้ป่วยอื่น และเปลี่ยนประสบการณ์กัน ก็เป็นอีกทางที่ช่วยให้มีวิธีการที่หลากหลายในการนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยองค์รวม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 12 พฤศจิกายน 2551)

“การทำ Family conference และ psychosocial support ทำให้เรารู้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถให้การพยาบาลและพัฒนาคุณภาพของงานได้ตรงประเด็น บางครั้งเราก็ได้เรียนรู้จากคนไข้ที่เล่าเรื่องราวสารพัด เล่าอาการความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นคลังความรู้ที่เราสามารถเก็บเล็กผสมน้อยมาปรับปรุงของเราได้ เราได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนกันในระหว่างหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ทำให้เราได้แนวคิดดี ๆ นำมาใช้ในการพยาบาลให้ดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยกล่าวว่าจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม มีการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์และพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ครู หรือแม้แต่อาสาสมัคร ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่สามารถแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียวได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ร่วมงาน มีความรู้สึกหรือความตระหนัก การมีส่วนร่วมในการดูแล

ทำให้ทุกคนเกิดความเข้าใจ เป็นการช่วยกันดูแลคนไข้ร่วมกัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล จึงเป็นที่ยอมรับของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การเป็นที่ยอมรับของทีมสหสาขาวิชาชีพจะแสดงออกโดยมีการพูดในที่ประชุมว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้แพทย์มีการส่งผู้ป่วยมาขอรับการปรึกษาเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังกล่าวว่า การได้รับการยอมรับ เกิดจากการที่สามารถนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างมีเหตุผล เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจในการทำงานของพยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราก็จะมีการทำงานเป็นทีม เป็นกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ก็มีครู มีนักสังคม มีพยาบาล มีจิตเวชเด็ก มีอาจารย์ที่เกษียณไปแล้ว นะคะ แล้วก็อาสาสมัครที่เกี่ยวข้องเข้ามาคุยกันเนี่ย ว่าเราคิดว่าตรงไหนมันเป็น ปัญหาในการดูแล พยาบาลจะ present หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า แล้ว psychy คำก็จะบอก เอ่อนักสังคมมีความคิดเห็นยังงัย อะ ไรอย่างเนี่ย ใจ คุยกัน เหมือนกับ เหมือนกับเอ่อ มันเป็น Quality Round ใจ แล้วการที่ แล้ว ทุกคนใครก็ได้ที่เห็นปัญหา ไม่ว่าจะปัญหาอะไร เราก็เอาเข้าคุยได้ แล้วหโม จิตเวชคำก็จะประเมินสภาพ จิตใจ ร่างกาย แล้วก็ก็มี plan ว่าเรา ควรจะทำอะไรต่อไป เสร็จแล้วพอคราวหน้าก็จะมาพูดว่า การแก้ปัญหาเนี่ย มันครอบคลุมหรือยัง ต้องแก้ไขอะไรอีกมัย ถึงจะพอใจว่าเราแก้ปัญหา ให้เค้าหมด ฟังถึงบอกว่าเราคนเดียวเราคงไม่สามารถที่จะช่วยให้การดูแล ตรงนั้นครอบคลุมทุกปัญหาไปได้ ทีมช่วยเราได้มาก เราก็สามารถดูแล คนไข้ได้ครอบคลุม และทีมสหสาขาก็ยอมรับในการทำงานร่วมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2551)

“มันเป็นความรู้สึก มันเหมือนกับสิ่งที่ติดอยู่ในใจ ที่บอกว่า ให้ถือประโยชน์ของคนอื่นเป็นอันดับหนึ่ง แล้วเราก็จะได้ จริย ๆ การที่ หัวหน้าอย่างเราทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้น้องเห็น ก็บอกกับน้องตลอด ว่า ถ้าหนูทำงานถึงที่สุด หนูจะไม่บ่นหรือว่าทำไมมันเหนื่อย ทำไมมันเป็นอย่างนี้ เหนื่อย มันเหนื่อยด้วยงานมากกว่า พี่ไม่เคยเหนื่อยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ แต่เราจะเหนื่อยน้อง ๆ ซะเยอะ ก็มีคำชมมาจากทีมแพทย์

ทีมสหสาขาอื่นๆระบุว่า พยาบาลเราพัฒนาตัวเองยัง ใงะงานถึง ได้มีความต่อเนื่อง ซึ่งที่ไม่เคยคิดว่าพี่ทำอะไรเกินเลยนะ ก็คือพยาบาลเราก็ต้องทำตรงนี้ มันก็ต้องทำ โดยที่ไม่ต้องมารอให้ใครบอกเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่11, สัมภาษณ์, 20 พฤศจิกายน 2551)

“พี่ว่าการพัฒนางานไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไร มันต้องมีสิ่งที่สนับสนุน โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้บริหารต้องทำอย่างจริงจัง และไม่ปล่อยให้หน่วยงานทำกันเอง อย่างของที่พอจัดตั้งโครงการดำเนินงาน อุปกรณ์ทุกอย่าง เราต้องหากันเอง แล้วสิ่งสำคัญเราต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้น้องเห็น ต้องทำงานร่วมกัน ไม่ใช่ปล่อยให้ เป็นหน้าที่ใครหน้าที่มัน สิ่งนี้แหละที่ทำให้เราได้รับการยอมรับจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่14, สัมภาษณ์, 3 กุมภาพันธ์ 2553)

2.3.3 ผลต่อหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยต้องมีการร่วมวางแผนเป้าหมายของงานด้วยกัน มีการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน และกำหนดตัวชี้วัด โดยมีการควบคุมกำกับติดตามคุณภาพ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าของงานเป็นไปตามกรอบที่วางไว้ มีการประเมินผลการ เรียนรู้งานและนำมาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นการปรับเปลี่ยนระบบงานให้ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่น และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ ดังมีประเด็นที่หัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลต่อหน่วยงานดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น

ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นกำลังสำคัญในการผลักดันให้เกิดกิจกรรมและโครงการพัฒนาคุณภาพ เพื่อสร้างความตระหนัก และให้ทีมให้การรักษามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงและเชิงลึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ผลทางอ้อมก็คือการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดช่องทางในการปรับเปลี่ยนระบบงานได้อย่างเป็นระบบ แก้ปัญหาในทิศทางเดียวกัน ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เมื่อเราช่วยกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทางโรงพยาบาลก็ให้ความสำคัญมากขึ้น มีการจัดให้เจ้าหน้าที่ไปอบรม ได้รับความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ถ้าเจ้าหน้าที่เรามีความเข้าใจ เกิดความเห็นใจในตัวคนไข้ ตัวญาติ หรือครอบครัว ก็จะไม่เบื่อกับที่จะต้อง พูดยะไรซ้ำๆ ทำอะไรซ้ำๆ เกิดความยึดหยุ่นมากขึ้น อีกส่วนหนึ่งพี่ก็ส่ง น้องเข้าไปเรียนหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลระดับประกาศนียบัตร และก็ เอามา apply พอเขาจบมาก็เข้ามาพัฒนางาน มีโครงการสอนเจ้าหน้าที่ เพิ่ม ให้ความรู้ หรือเวลาว่างมีกิจกรรมอะไรเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของโรงพยาบาล ให้หน่วยงานส่งแผนงานหรือโครงการ มีการคุย กันว่าทำได้หรือไม่อย่างไร แล้วร่วมกันในหอผู้ป่วยและแพทย์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย จัดทำแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้การทำงาน คล่องตัว เป็นระบบ พี่ก็รู้สึกดีใจที่ได้ร่วมกันพูดคุย ทำให้เข้าใจกันมากขึ้น ชัดแย้งกันน้อยลง ผลก็คือคนไข้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 8 กันยายน 2551)

“การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อก่อนเราก็ทำแบบ routine หรือทำตามรุ่นพี่ พอมีนโยบายจากโรงพยาบาล ทำให้ต้องหาความรู้ ใหม่ๆ มีการพูดคุยกันถึงปัญหาที่พบในการให้พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มากขึ้น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์มากขึ้น บางครั้งก็ได้ดูงาน ต่างประเทศ ได้เปิดหูเปิดตา นำสิ่งดีๆ มาพัฒนางานของเรา ทำให้งานเรา เป็นระบบมากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้

การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือบุคลากรในหน่วยงานได้ไปศึกษา ดูงานต่างประเทศทำให้ได้เห็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาหน่วยงานของตนเอง เกิดการ ติดต่อกันและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งบทเรียนและ ประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือองค์กรของตน เป็นการสร้างเครือข่ายการ

เรียนรู้ สามารถช่วยแก้ปัญหาและพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังคำ สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ส่วนของ *end of life* ตอนที่เราไปดูงานที่เมืองนอกเราก็ไปดู *pattern* ของเค้า ว่าเวลาเค้าดูคนไข้อย่างไรเราก็เก็บเอามาขยายเป็นงานวิจัย สิงคโปร์เค้าเค้าเป็น *center* อยู่แล้วถ้าเราเทียบว่าเรา จะเป็นหนึ่งใน เอเชียเนี่ยะ สิงคโปร์ก็เป็นแหล่งที่ *Benchmark* ของเราได้ เราไปดูงาน เค้าค่อนข้างบ่อย ก็น่าจะเห็นภาพวิถีชีวิตบางอย่างมันเหมือนกัน การนับ ถือศาสนา การใช้ชีวิต มันใกล้กับเรา ก็น่าจะ OK เทียบกัน ได้บ้างมันก็เป็น การพัฒนาไปอีกระดับหนึ่งแถมเป็นการสร้างเครือข่ายในทางปฏิบัติและ ทางวิชาการอีกด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2551)

“ส่วนของ *end of life* ที่เราไปดูงาน เราก็อยากไปดูว่าเขาทำงานมี ระบบอย่างไร เราก็เอามาศึกษาเทียบเคียง เขาเป็น *center* อยู่แล้ว ถ้าเรา เทียบว่าเราเป็นหนึ่งในเอเชีย สิงคโปร์ก็สามารถเทียบเคียงกับเราได้ เหมือนกัน เราไปดูงานกันค่อนข้างบ่อย ก็จะทำให้เราเห็นภาพ มันไม่ ไกลเกินไป เพราะวิถีชีวิตของเขาเป็นคนเอเชียเหมือนกัน การนับถือ ศาสนาหรือการใช้ชีวิตก็เช่นเดียวกับเรา เราก็สามารถเป็นเครือข่าย แบ่งปันแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการฝึกปฏิบัติ ทำให้เราได้พัฒนางาน ด้านการพยาบาลของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพิ่มสมรรถนะบุคลากร และ สามารถร่วมทำผลงานวิจัย นำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้และเรียนรู้ ร่วมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 3 กุมภาพันธ์ 2553)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ประสพการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย ความหมายของการ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้

ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ 3 ความหมาย คือ (1) การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นการจัดการดูแลที่บ่งบอกถึงกิจกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จะต้องผ่านพันธกิจของชีวิต ได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับอย่างถูกต้อง ถูกใจ ถูกเวลา ให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถวางแผนกับชีวิตที่เหลืออยู่ได้โดยไม่ต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่ครอบครัวสามารถยอมรับกับสภาพนั้นได้ (2) การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่ มีมาตรฐานถ้าไม่ทำตามอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ตลอดเวลา และทำแล้วเหมือนไม่มีอะไรติดค้างในใจเพราะว่าได้จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรฐานวิชาชีพ (3) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด เป็นคำอธิบายที่บ่งบอกถึงกิจกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ (1) ระเบียบเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เริ่มต้นจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีการพูดถึงกันมานาน แต่ในความเป็นรูปธรรมของการดูแลยังไม่ชัดเจน ทั้งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเหมือนเกณฑ์ที่จะต้องนำมาปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อขึ้นมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพในการดูแล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งนอกจากเป็นนโยบายของโรงพยาบาลที่จะต้องนำมาปฏิบัติแล้วยังต้องอาศัยบุคลากรเป็นคนขับเคลื่อนนโยบายด้วย 2) เริ่มต้นจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุม และให้การดูแลอย่างเต็มที่ การดูแลจึงจะสามารถช่วยให้เขาตายอย่างสงบ ตายอย่างงดงามได้ ซึ่งทำให้เหมือนกับเป็นการทำบุญโดยที่ไม่รู้ตัว (2) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1.1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการดำเนินการเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ภายหลังจากที่มีนโยบายและแนวทางของโรงพยาบาลเกิดขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการนำแนวทางมาใช้ แต่การที่จะนำแนวทางมาใช้ได้ต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ การเตรียมพร้อมของบุคลากร โดยมีการจัดหาสถานที่ในการดูแล มีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม 1.2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้บริหารองค์กรต้องมีส่วนในการให้การสนับสนุนทั้งในด้านนโยบาย และงบประมาณ ที่สำคัญต้องมีการส่งบุคลากรไปอบรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะทำให้นักวิชาการได้มีการรับรู้ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1.3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หัวหน้าหอผู้ป่วยกล่าวว่า การที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพนั้น โรงพยาบาลควรมีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นแนวทางเดียวกัน และก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้บริหารองค์กรเป็นบุคคลที่จะผลักดันและให้การสนับสนุนทั้งในด้านนโยบาย และงบประมาณ ที่จะทำให้เกิดการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะทำให้นักวิชาการได้มีการรับรู้ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 2.1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยได้จัดให้มีกิจกรรม มีโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น โดยใช้องค์ความรู้ร่วมกับการประเมินในบทบาทหน้าที่ของบุคลากร โดยมีการเสริมทักษะความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดทำโครงการต่างๆขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร 2.2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการดำเนินงานต้องมีการค้นคว้าหาความรู้ มีการเริ่มต้นปรับปรุง และค่อยๆพัฒนา โดยที่การพัฒนานั้นต้องมีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่องซึ่งถือว่าเป็นการจัดการความรู้อย่างหนึ่ง 3) ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 3.1) ผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 3.1.1) ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการปรับปรุงงานการพยาบาลระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะต้องช่วยเหลือในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทางร่างกาย ผสมผสานกับการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ 3.1.2) ได้ตายอย่างสงบ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าการดูแลอย่างเต็มความสามารถจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ และ 3.1.3) ครอบครัวลดความโศกเศร้า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะจิตใจของญาติผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักมีความสำคัญในการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม เพื่อให้ครอบครัวผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักสามารถจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ได้ด้วยดี 3.2) ผลต่อบุคลากร แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 3.2.1) สุขใจกับผลการพัฒนา จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเมื่อมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าบุคลากรในบังคับ

บัญชาและตนเอง มีการเปลี่ยนความคิด ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางที่ดีขึ้น รู้สึก
 ภูมิใจ และมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเข้าใจและรับฟังผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ทราบ
 ถึงความต้องการและให้บริการอย่างเป็นที่พึงพอใจ 3.2.2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการศึกษาในครั้งนี้
 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องร่วมกันทำงานใน
 ทิศสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ มีการทำกลุ่มกิจกรรมในการสะท้อนความคิดในการทำงาน
 ร่วมกันทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นเวทีในการพูดคุยเพื่อแก้ปัญหา บอกเล่าประสบการณ์ ถ่ายทอดความรู้ใน
 หลายแง่มุม อันเป็นประโยชน์ในการนำเทคนิค แนวคิดที่เหมาะสม มาใช้ในการให้พยาบาลผู้ป่วย
 ระยะสุดท้ายได้อย่างประสบความสำเร็จ และ 3.2.3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพจาก
 การศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม มีการทำงานร่วมกันในทีม
 สหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์และพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ครู หรือแม้แต่อาสาสมัคร ทั้งนี้
 เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่สามารถแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียวได้ หัวหน้าหอ
 ผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ร่วมงาน มีความรู้สึกรักหรือความตระหนัก การมี
 ส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ทุกคนเกิดความเข้าใจ เป็นการช่วยกันดูแลคนไข้ร่วมกัน ทำให้เกิดผล
 ลัพท์ที่ดีในการดูแล จึงเป็นที่ยอมรับของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า
 การเป็นที่ยอมรับของทีมสหสาขาวิชาชีพจะแสดงออกโดยมีการพูดในที่ประชุมว่าพยาบาลมี
 บทบาทสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้แพทย์มีการส่งผู้ป่วยมา
 ขอรับการปรึกษาเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังกล่าวว่า การได้รับการ
 ยอมรับ เกิดจากการที่สามารถนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาอธิบายให้
 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างมีเหตุผล เกิดความเชื่อถือนและไว้วางใจในการทำงานของพยาบาลมากขึ้น
 3.3) ผลต่อหน่วยงานแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 3.3.1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดี
 ขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล หัวหน้า
 หอผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญในการผลักดันให้เกิดกิจกรรมและ โครงการพัฒนาคุณภาพ เพื่อสร้างความ
 ตระหนัก และให้ทีมให้การรักษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา เพื่อค้นหา
 ปัญหาที่แท้จริงและเชิงลึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพ ผลทางอ้อม
 ก็คือ การเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดช่องทางในการปรับเปลี่ยนระบบงานได้อย่างเป็นระบบ
 แก้ปัญหาในทิศทางเดียวกัน และ 3.3.2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล
 กล่าวว่า การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือบุคลากรในหน่วยงานได้ไปศึกษาดูงานต่างประเทศ ทำให้ได้เห็น
 แบบอย่างที่ดี เกิดการติดต่อและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร
 รวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือองค์กรของตน เป็น

การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ สามารถช่วยแก้ปัญหาและพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative descriptive) เพื่อศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง เป็นผู้ที่มิใช่ผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม รวมถึงการบันทึกเทป เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 72 วัน จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 คน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามแบบของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 2003 อ้างถึงใน อารียัวรรณ อ่วมธานี, 2549)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ได้ให้ความหมายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ 3 ความหมาย คือ (1) การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (2) การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ และ (3) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ในส่วนของประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย จากการศึกษาแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ คือ (1) ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เริ่มต้นจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน และ 2) เริ่มต้นจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม (2) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1.1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร 1.2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร และ 1.3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 2) จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 2.1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และ 2.2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง (3) ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 3.1) ผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 3.1.1) ผู้ป่วย สามารถเผชิญกับสถานการณ์คุกคามได้ดีขึ้น 3.1.2) ได้ตายอย่างสงบ และ 3.1.3) ครอบครัวลดความโศกเศร้า 3.2) ผลต่อบุคลากร แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 3.2.1) สุขใจกับผลการพัฒนา 3.2.2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 3.2.3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 3.3) ผลต่อหน่วยงาน แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย 3.3.1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น และ 3.3.2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ (1) การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (2) การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ และ (3) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

1. จัดการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

หน้าที่ความรับผิดชอบหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยถือเป็นภารกิจ คือการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยที่การปฏิบัติการพยาบาลนั้นต้องสามารถจัดการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (สำนักการพยาบาล, 2549) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งถือเป็นผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีภาวะวิกฤตโรคหนึ่งจึงเป็นหน้าที่ที่จำเป็นต้องจัดการเพื่อให้การพยาบาลนั้นสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างครบองค์รวม และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้ได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างถูกต้อง ถูกใจ ถูกเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถวางแผนกับชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวสามารถยอมรับกับสภาพนั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2546) ที่กล่าวไว้ว่าคุณภาพการพยาบาลนั้นต้องสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ คุณภาพการพยาบาล จึงเป็นการกระทำเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า กิจกรรมการพยาบาล สามารถตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วย และ ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548) กล่าวว่า การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจและความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด สอดคล้องกับ ดุสิต สตาวร (2549) กล่าวว่า ต้องตระหนักว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่

เป็นเสมือนหน่วยเดียวกัน ซึ่งจะต้องให้การดูแลที่ครอบคลุม ประเมินศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย และประเมินรูปแบบการตัดสินใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2. จัดการดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ

การบริการสุขภาพในปัจจุบัน ได้ถูกกระแสความเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะความตระหนักในสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน การบริการพยาบาล เป็นบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่งที่ต้องมีการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ สิ่งสำคัญของการบริการพยาบาลที่แสดงให้เห็นคุณค่าความสำคัญเด่นชัด คือมาตรฐานการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2547) และการบริการพยาบาลนั้นจำเป็นต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ควบคู่กับคุณภาพที่ตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (บุญใจ ศรีสถิตนราทร, 2550) หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีการจัดการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน โดยดูที่ความคาดหวัง และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร มีกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของ หอผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อปัญหา โดยให้สอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่มงาน มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานที่ส่วนกลางกำหนด รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุน ให้บุคลากรที่อยู่ในความรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วย สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ตอบสนองต่อความของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในด้านการดูแลรักษาพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา เป็นที่พอใจของผู้ป่วยและญาติ (สำนักการพยาบาล, 2549) ดังนั้นในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หัวหน้าหอผู้ป่วยนำมาใช้นั้นจึงต้องมีการจัดการที่เหมาะสมให้เป็นที่ไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ

3. จัดการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นเป็นการจัดการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเพราะในการดูแลผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเน้นการให้การดูแลเหมือนผู้ป่วยเป็นญาติ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อให้ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดแล้วก็จะรู้สึกเหมือนได้สร้างบุญกุศล ดังนั้นการติดตามประเมินผลคุณภาพการพยาบาล เพื่อทบทวนผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน เป็นบทบาทหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติ สอดคล้องกับที่ ชัชนาฏ ฃ นคร และคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ให้การพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การดูแลสวมเสื้อผ้าหรือปกปิดร่างกายของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดได้แก่ การรักษาความลับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การดูแล

ผู้ป่วยโดยยึดหลักความรับผิดชอบและคิดว่าเป็นการได้บุญ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ และความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือการพยาบาลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตสังคมตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสพการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ (1) ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย (2) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย (3) ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

1. ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

เป้าหมายหลักของการจัดบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งเป็นยุคของการปฏิรูปสุขภาพภายใต้เงื่อนไขของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงมีกิจกรรมเพื่อเป้าหมายในการรับรองคุณภาพ สำหรับวิชาชีพพยาบาล การจัดการบริการทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพสูงสุดถือเป็นภารกิจรับผิดชอบที่สำคัญ การนำการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นภารกิจหลักของการบริหารองค์การบริการพยาบาล เนื่องจากการนำการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้จะเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือว่าเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เริ่มต้นจากนโยบายของ

โรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน 2) เริ่มต้นจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม

1) เริ่มต้นจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเหมือนเกณฑ์ที่จะต้องนำมาปฏิบัติ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพในการดูแล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นนโยบายของโรงพยาบาลที่จะต้องนำมาปฏิบัติ เนื่องจากฝ่ายการพยาบาลมีนโยบายให้หอผู้ป่วยมีตัวชี้วัดคุณภาพการให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการพัฒนาการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งนโยบายดังกล่าวทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม สอดคล้องกับ สำนักการพยาบาล (2546) ได้แบ่งลักษณะงานที่ปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านบริหารบริการพยาบาล ประกอบด้วยหน้าที่บริหารงานบริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยงาน/หอผู้ป่วย โดยการเป็นผู้นำในการกำหนดปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจทางการพยาบาลในหน่วยงาน สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการนำไปเป็นแนวทางในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงาน

2) เริ่มต้นจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม

ในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยการเป็นผู้นำในการดำเนินงานทางวิชาการของหน่วยงาน เพื่อพัฒนาบุคลากรอื่นๆในหน่วยงาน การประสานงานในทีมการดูแลรักษาเพื่อการพัฒนาการพยาบาล รวมถึงการต้องเป็นวิทยากรให้กับสถาบันภายในและภายนอก เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและมีคุณภาพ การนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการทำงานจะช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการที่จะปฏิบัติอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ นุจรินทร์ ลภณฑกุล (2543) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 19 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลได้ให้นิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตายในสามลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลว และผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ตาย 2) การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและความสบาย การจัดหาสิ่ง

ที่สร้างความสุขและความพึงพอใจ การสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและการส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อ และ 4) การให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยจากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล จะแตกต่างและแปรเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตกับนิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลวจะเน้นการช่วยชีวิต ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพแลสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

2. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการศึกษารั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กล่าวถึงระยะของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1.1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร 1.2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร 1.3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 2.1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง

2.1 จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ

ในการศึกษารั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กล่าวถึงไว้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร

การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กล่าวถึง จากการศึกษาของ ชมพูนุท พงษ์ศิริ (2546) ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน พยาบาลควรเน้นในเรื่องการสอนหรือสนับสนุนญาติและบุคคลในครอบครัวให้กล้าเผชิญความจริง มีทักษะในการทำการพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง มุ่งที่จะประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ สอดคล้องกับ รัชสมน นามวงษ์ (2540) ศึกษาผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก

2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร

การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรเป็นการเล็งเห็นความสำคัญ และเอื้อประโยชน์ทุกรูปแบบ ทั้งด้านนโยบาย การอนุมัติงบประมาณ เมื่อพิจารณาถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นที่ยอมรับว่า ปัจจุบันมีการสนับสนุนจากองค์กรเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงการนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้แล้ว กล่าวได้ว่า ยังมีน้อยมาก การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่นำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ อาจมีเหตุผลได้หลายประการ ดังเช่น วนิดา ศรีวรกุล (2537) ศึกษาการพัฒนาแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง 3 เดือน ผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 49 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 36 ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมประชุมสัมมนาของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำเอกสารแจกแก่ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายและควรมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หัวหน้าหอผู้ป่วยกล่าวว่า การที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพนั้น โรงพยาบาลควรมีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นแนวทางเดียวกัน และก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้บริหารองค์กรเป็นบุคคลที่จะผลักดันและให้การสนับสนุนทั้งในด้านนโยบาย และงบประมาณ ที่จะทำให้เกิดการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะทำให้บุคลากรได้มีการรับรู้ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2548) ได้ให้ความหมายการจัดการความรู้ทางการพยาบาลว่าเป็นการสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นปรัชญาหรือกระบวนการที่จะช่วยให้มีการสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล พิสูจน์ได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุดตามสถานการณ์ และข้อจำกัดของแต่ละองค์กร ส่งผลให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ และนวัตกรรมทางการพยาบาล

2.2 จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่

ในการศึกษาคั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กล่าวถึงไว้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในประเด็นของการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนั้น จากการศึกษาของไชแสง โปธิโกสม และทัศนีย์ นะแส (2545) กล่าวว่าแนวความคิดและการปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคน คน และระบบงานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลใช้แนวทางการเรียนรู้ที่หลากหลายสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ 4 แบบ คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้ โดยบังเอิญ การเรียนรู้จากกลุ่ม และการเรียนรู้ที่จัดโดยสถาบันการศึกษา และดำเนินการอย่างมีความสอดคล้องกับกระบวนการจัดประสบการณ์ คือ สร้างความพร้อมที่จะรับประสบการณ์ ให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ จัดระบบและความหมายในการเรียนรู้ ลงมือกระทำหรือมีกิจกรรมเสริมแรงการเรียนรู้ เชื่อมโยงการเรียนรู้เข้าสู่สถานการณ์ใหม่

2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในประเด็นของการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่องนั้น สุวิมล ตรีภานันท์ (2544) กล่าวถึง การติดตามกำกับงานว่า เป็นการติดตามการดำเนินงานและการควบคุมผลที่ได้จากการดำเนินงาน เพื่อสร้างข้อมูลย้อนกลับไปให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ในการดำเนินโครงการต่อไปตามแผน จึงเป็นส่วนที่ช่วยกระตุ้นให้งานเป็นไปตามแผนที่กำหนด เช่นเดียวกับ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2549) กล่าวไว้ว่า การควบคุมและติดตาม เป็นกระบวนการและวิธีการในการเร่งรัดการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ เวลา และต้นทุน โดยมีกระบวนการติดตามผลอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ การควบคุมและติดตาม ถือเป็นภารกิจหนึ่งของหัวหน้าหน่วยงาน เนื่องจากการควบคุมกำกับและติดตามจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ เช่น ทำให้ทราบหรือแน่ใจว่าผู้ปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เพียงใด เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างไร เกิดประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ การควบคุมกำกับติดตามยังเป็นการให้กำลังใจและการประสานการทำงานระหว่างทีมงานอีกทางหนึ่งด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการนิเทศงาน สร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องและเป็นไปเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งการควบคุมกำกับติดตามจะสามารถ

นำข้อมูลที่ดีว่าเป็นสิ่งสำคัญในการนำกลับมาเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ในการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพได้อย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

3. ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

3.1 ผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงไว้ 3 ประเด็น คือ

1) สามารถเผชิญกับสถานการณ์ถูกคามได้ดีขึ้น

หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการปรับปรุงงานการพยาบาลระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะต้องช่วยเหลือในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทางร่างกาย ผสมผสานกับการดูแลระดับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสถานการณ์ที่ถูกคามได้ จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตายมีอาการที่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่พึ่งทางใจและ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง และต้องการสั่งเสียบอกกล่าวครอบครัว เครือญาติ ความต้องการที่สำคัญที่สุดคือต้องการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการได้ส่วนหนึ่งตามประสบการณ์ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ เพื่อให้จิตใจสงบ แต่บางครอบครัวไม่ได้ให้การดูแลเนื่องจากไม่ทราบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังที่ พระไพศาล วิสาโล (2547) กล่าวว่าบทบาทพระสงฆ์สามารถที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าสู่ระยะใกล้ตาย และขณะกำลังจะตายโดยช่วยเหลือครอบครัว ให้มีความเข้าใจและสามารถให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัว ญาติพี่น้อง ได้มีสติ มีความพร้อมในการเผชิญกับความตายและความสูญเสียโดยหลักทางพุทธศาสนา

2) ได้ตายอย่างสงบ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าการดูแลอย่างเต็มความสามารถจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยกว่าการดูแลทางร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่หมดหวังจะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว พระไพศาล วิสาโล (2547) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยหมดหวังจะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทราจจนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะกายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็น

ทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอ เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป ในทางศาสนาพุทธได้นำคำสอนของพระพุทธเจ้ามาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ที่ต้องการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

3) ครอบครัวยุคใหม่

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะจิตใจของญาติผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักมีความสำคัญในการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม เพื่อให้ครอบครัวผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักสามารถจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ได้ด้วยดี โดยการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และในชุมชน โดยจัดการดูแลในลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ เช่น ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ตัดสินใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจ รับฟังปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลของครอบครัวและช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาข้อความรู้ทั้งมิติทางการแพทย์และมิติเชิงสังคมวัฒนธรรม เป็นแนวทางพัฒนากระบวนการจัดการดูแล พัฒนาแนวทางการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะใกล้ตาย แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การจัดการความปวด การพัฒนากิจกรรมหรือนวัตกรรมทางการแพทย์หรือแนวปฏิบัติสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้าย การจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย และการให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะใกล้ตาย และเผชิญความตายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความคิดการให้คุณค่า และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3.2 ผลต่อบุคลากร

1) สุขใจกับผลการพัฒนา

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า เมื่อมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าบุคลากรในบังคับบัญชาและตนเอง มีการเปลี่ยนความคิด ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางที่ดีขึ้น รู้สึกภูมิใจ และมีความสุขในการได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเข้าใจและรับฟังผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ทราบถึงความต้องการและให้บริการอย่างเป็นที่พึงพอใจ ทั้งนี้ผลกระทบจากวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงอย่าง

รวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มทักษะ และความชำนาญของตนให้ทันต่อเหตุการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปรับปรุงตนเองให้มีความรู้ความชำนาญให้มากขึ้นด้วยการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เพราะหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้มีความรู้ รอบรู้ในศาสตร์ของวิชาชีพ และศาสตร์อื่นๆ นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ต้องมีการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพทุกสาขา และเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ก้าวหน้าทันต่อวิทยาการใหม่ๆ อยู่เสมอ จากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศส่งผลให้ความรู้และวิทยาการต่างๆ เจริญรุดหน้าและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว บุพพณี มาตรา (2548) หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารจะเป็นเพียงผู้รองรับการพัฒนาจากองค์การต้นสังกัดอย่างเดียวนั้นคงเป็นไปได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองให้พร้อมเสมอสำหรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา ฉะนั้นการพัฒนาตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อแสวงหาความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ ให้ตนเองมีการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และคุณลักษณะที่ดี เพื่อนำผลที่ได้จากการพัฒนาตนเองไปสู่การพัฒนาด้านอื่น ส่งผลให้ผู้บริหารงานในองค์การมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องร่วมกันทำงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ มีการทำกิจกรรมในการสะท้อนความคิดในการทำงานร่วมกันทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นเวทีในการพูดคุยเพื่อแก้ปัญหา บอกเล่าประสบการณ์ ถ่ายทอดความรู้ในหลายแง่มุม อันเป็นประโยชน์ในการนำเทคนิค แนวคิดที่เหมาะสม มาใช้ในการให้พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างประสบความสำเร็จ Lavy (2001) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะดีที่สุด พบว่าในทุกวันนี้ดูเหมือนว่าเราต้องเผชิญกับการศึกษาที่รายงานเกี่ยวกับความไม่พอใจของครอบครัวเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่ได้รับในหอผู้ป่วยวิกฤต มันเป็นการยากสำหรับทีมผู้ให้การดูแลรักษาที่จะยอมรับข้อมูลนี้ จากการศึกษาในปัจจุบันและที่ผ่านมา บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าพวกเขาได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความสามารถ และไม่ต้องการไต่ถามว่าพวกเขาทำงานไม่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นเรื่องที่ทำทายยาก ไม่มีการชี้แนะตายตัวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นว่าทำไมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงได้ยากในการฝึกฝนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในโรงเรียนแพทย์ พยาบาล จึงมีการจัดหลักสูตร

จริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย การเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ไม่สามารถวัดประโยชน์คุ้มค่าได้ แต่ทำให้สามารถชี้ชัดในเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการร่วมปรึกษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ

3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม มีการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์และพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ คุรุ หรือแม้แต่อาสาสมัคร ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่สามารถแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียวได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ร่วมงาน มีความรู้สึกหรือความตระหนัก การมีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ทุกคนเกิดความเข้าใจ เป็นการช่วยกันดูแลคนไข้ร่วมกัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล จึงเป็นที่ยอมรับของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การเป็นที่ยอมรับของทีมสหสาขาวิชาชีพจะแสดงออกโดยมีการพูดในที่ประชุมว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้แพทย์มีการส่งผู้ป่วยมาขอรับการปรึกษาเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังกล่าวว่า การได้รับการยอมรับ เกิดจากการที่สามารถนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างมีเหตุผล เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจในการทำงานของพยาบาล การจัดระบบงานให้การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานสอดคล้องกัน การบรรลุจุดมุ่งหมายของการจัดบริการพยาบาล ตลอดจนลดปัญหาอุปสรรคและข้อขัดแย้ง ทำให้การทำงานคล่องตัว มีแนวทางในการดำเนินงานติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ จากการศึกษาพบว่า ความร่วมมือของทีมงาน การประสานงานเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะระบบการพยาบาล เพราะลักษณะของการบริหารการพยาบาลในหน่วยงาน จะมีการกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยออกไปให้ทีมการพยาบาล ให้มีการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน การบริหารงานขององค์กรพยาบาลประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับที่สำนักการพยาบาล (2546) ได้กล่าวถึงลักษณะงานขององค์กรพยาบาลไว้ 4 ด้าน คือ ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านบริการพยาบาล ด้านวิชาการพยาบาล และด้านการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพและสามารถสนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลให้เป็นระเบียบมีขั้นตอน โดยให้มีอุปสรรคหรือปัญหาการทำงานน้อยที่สุด

2. ด้านการบริการพยาบาล เป็นการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพโดยยึดการพยาบาลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ประหยัด ให้ผู้ป่วยบรรเทาหรือทุเลาจากความเจ็บป่วย ปราศจากอาการทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้าดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขรวมทั้งดูแลตนเองหลังจากเจ็บป่วยมีความรู้ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพสงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ด้านวิชาการการพยาบาล เป็นการจัดระบบสนับสนุนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะตลอดจนมีคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ

4. ด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการจัดระบบงานให้การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆของหน่วยงานสอดคล้องกัน การบรรลุจุดมุ่งหมายของการจัดบริการพยาบาล ตลอดจนลดปัญหาอุปสรรคและข้อขัดแย้ง ทำให้การทำงานคล่องตัว มีแนวทางในการดำเนินงานติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ

3.3 ผลลัพธ์ต่อหน่วยงาน

1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญในการผลักดันให้เกิดกิจกรรมและโครงการพัฒนาคุณภาพ เพื่อสร้างความตระหนัก และให้ทีมให้การรักษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหาเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงและเชิงลึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพผลทางอ้อมก็คือการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดช่องทางในการปรับเปลี่ยนระบบงานได้อย่างเป็นระบบ แก้ปัญหาในทิศทางเดียวกัน จิตรศิริ ชันเงิน (2547) ได้นำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมและเชื่อในความรู้ประสบการณ์และศักยภาพของคนในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาของกลุ่มหรือองค์กรตนเองตามข้อเท็จจริง โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988, 2000) ที่ประกอบด้วย การสะท้อนคิด การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต ประเมินผลเพื่อนำไปสู่การสะท้อนคิดในวงจรใหม่ ผลการศึกษา พบว่า แนวทางในการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่ใช้ศึกษาที่สำคัญมี 2 วิธี คือ

1. กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สร้างเวทีในการสะท้อนคิด (Reflection) และ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Dialogue) และแสวงหากลุ่มที่มีความมุ่งมั่น (กลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน)

2. กระบวนการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และ ร่วมประเมินผล / สังเกตการณ์

2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้

ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในการทำงาน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือบุคลากรในหน่วยงานได้ไปศึกษาดูงานต่างประเทศ ทำให้ได้เห็นแบบอย่างที่ดี เกิดการติดต่อและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งบทเรียน และประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือองค์กรของตน เป็นการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ สามารถช่วยแก้ปัญหาและพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตกิตมณี อัครชาติศรี (2548) ที่กล่าวไว้ว่าในระยะดำเนินการพยาบาลต้องสร้างคนคุณภาพ เพื่อให้คนไปสร้างระบบงานที่มีคุณภาพ แต่สิ่งที่แตกต่างคือ งานฉบับนี้บอกถึงลักษณะของคนคุณภาพ ว่า เป็นคนที่มีความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างถ่องแท้ มีความคิดเชิงบวก มองปัญหานั้นเป็น โอกาสพัฒนา ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในองค์กร และสามารถโน้มน้าวให้คนในองค์กรคล้อยตามได้ ซึ่งมีหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง เป็นครูที่ช่วยสร้างผู้รู้ในการพัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ด้านบริหารการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาพบว่าการนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองโดยเฉพาะในเรื่องผู้บริหารระดับสูงควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาศักยภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วย และสนับสนุนการนำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้อย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาความสามารถเฉพาะบุคคลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาความรู้ความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนำผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังควรจัดเป็นชมรมหรือสมาคม เพื่อต่อยอดความรู้ สามารถสร้างนวัตกรรมหรือองค์ความรู้ใหม่ และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

1.2 จากการศึกษาพบว่าความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพราะการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรทั้งในด้านนโยบาย และงบประมาณ ผู้บริหารระดับสูงควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดสร้างศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นส่วนกลาง เพื่อให้มีมาตรฐานการปฏิบัติ และการดูแลที่เท่าเทียมกันอย่างมีคุณภาพต่อไป

1.3 จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยทำให้ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรกระตุ้นทีมงานให้เกิดความตระหนัก และยอมรับในคุณค่าของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งควรพัฒนาตนเอง และบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการนำการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างสม่ำเสมอต่อไป

1.4 ผู้บริหารการพยาบาลต้องปรับวิธีคิด ปรับทัศนคติของบุคลากรพยาบาลให้มีวิธีคิดและทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่เริ่มต้นการพัฒนา และต้องทำอย่างสม่ำเสมอในทุกระยะของการพัฒนา เพื่อให้เกิดความรู้สึกรักอยากทำด้วยใจจริงๆของบุคลากรพยาบาลเอง จึงจะทำให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จ

1.5 ผู้บริหารการพยาบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา ให้กับบุคลากรพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานอย่างถ่องแท้ และนำความรู้มาปรับใช้ ประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้น มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ และเป็นไปตามมาตรฐานที่ตั้งไว้

1.6 ผู้บริหารต้องเริ่มพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากพื้นที่นำร่องก่อน โดยมีการขอความร่วมมือ ขออาสาสมัคร และขยายผลเมื่อเกิดผลดี ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร จึงทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.7 ในทุกระยะของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้บริหารต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ และแรงจูงใจกับบุคลากรพยาบาลทุกคน โดยแสดงออกได้จากกรมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล ให้โอกาสคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน มีความยุติธรรม ให้คำชมเชย ให้รางวัล เพื่อให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อให้ทุกคนในองค์กรเข้าถึงข้อมูลอย่างทั่วถึงและเพิ่มช่องทางในการสื่อสารมากขึ้น เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงเครื่องมือในการพัฒนา

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 พยาบาลต้องมีการประเมินตนเองตลอดเวลาในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้งานที่ทำอยู่ได้รับการพัฒนา มีคุณภาพ เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

2.2 พยาบาลต้องมีการศึกษาหาความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เข้าใจต้องแกก่อนลงมือทำ จึงจะสามารถทำได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการทำงาน

2.3 พยาบาลต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในองค์กร การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง โดยต้องอาศัยเครื่องมือกระตุ้น ระบบคุณภาพจึงจะคงอยู่ และมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยครั้งนี้พบว่าควรมีการนำผลการวิจัยไปสร้างเป็นแบบประเมินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นมาตรฐาน

2. การศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงควรมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและปฐมภูมิต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศกุล. (2541). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 1(2): 297-311.
- กระทรวง, สาธารณสุข. (2539). ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544) สาขาที่ 5 การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวง, สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. (2547). รายงานทรัพยากรกระทรวงสาธารณสุขปี 2547. นนทบุรี: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กระทรวง, สาธารณสุข. (2549). ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวง, สาธารณสุข. ตัวชี้วัดและเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการปีงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข [Online]. (2549). แหล่งที่มา: [http://www.moph.go.th/opdc/data/2\[2550,เมษายน2\]](http://www.moph.go.th/opdc/data/2[2550,เมษายน2]).
- กฤษฎา เกลียวศักดิ์. (2545). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กฤษฎา แสงวงดี และคณะ. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤษฎา แสงวงดี. (2543). การบริหารความเสี่ยง: มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่องการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. ระหว่างวันที่ 3-5 มีนาคม 2543, ห้องแกรนด์บอลรูมชั้น 3 โรงแรมเซ็นจูรี่ปาร์ค กรุงเทพมหานคร.
- กฤษฎา แสงวงดี. (2547). ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- กฤษฎา แสงวงดี. (2550). สถานภาพสถานการณ์ปัจจุบัน. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ Positive Practice Environment Quality Workplaces Quality Patient care. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. วันที่ 16-18 พฤษภาคม 2550 ณ. โรงแรมเชิย กรุงเทพมหานคร.

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). **บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล: ที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยากร ฉัตรแก้ว. (2544). Palliative care: การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการฟื้นฟูเทคนิคการพยาบาลครั้งที่ 11 เรื่อง การดูแลผู้รับบริการระยะสุดท้าย.** เอกสารหมายเลข 4 หน้า 1-10. 24-25 กรกฎาคม 2544 ณ ห้องประชุมหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ ออาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2539). **การบริหารหอผู้ป่วย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิ่นเกล้าการพิมพ์.
- กุศล ญาณะจारी. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศการให้บริการในองค์กรกับการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ประกันตน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา บาลทิพย์. (2543). **ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไขแสง โพธิโกสมุ และทัศนีย์ นะเส. (2545). **แนวความคิดและการปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคน คน และระบบงานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา.** วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 22 (กุมภาพันธ์): 18-37.
- จรงค์ มาลีเสน. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสำเร็จในงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับคุณค่าในการจัดการตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนณะจง เฟ็งจาด. (2546). **ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา.** วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15(2): 1-9.
- จิตรศิริ ชันเงิน. (2547). **การศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ คนอื่น ๆ. (2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล: Hospital quality indicators**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- ชนิดา มณีวรรณ, เมริย์ สุดจินดา, สมทรง จุไรทัศน์ และวรรณ นิลนักรา. (2537). วิจัย: ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. **วารสารพยาบาล** 43(4): 236-244.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2546). การสื่อสารกับผู้รับบริการในระยะสุดท้าย: บทบาทของพยาบาล. **วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 28(1): 76-85.
- ชันนาฏ ฌ นคร และคณะ. (2538). บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 20(3): 331-339.
- ชาย โปสิตา. (2547). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ, จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, รัตโนทัย พลับรู้อาร และอุษา ทิษยากร. (2548). **Communication Skills in Clinical Practice จากมุมมองที่หลากหลาย**. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- คารุณี จงอุดมการณ์. (2537). พยาบาลกับความตาย: ทางเลือกที่เหลืออยู่. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 16 (2): 1-4.
- คุณิต สดวาร์. (2549). ภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู ในประเทศไทย เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. หน้า 175-178. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัสมิ. (2550). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ทัศนา บุญทอง. (2542). การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ: ประชาชนไทยต้องการอะไร. **จดหมายข่าวสภาการพยาบาล กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.**
- ทัศนา บุญทอง. (2543). **ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทัศนา บุญทอง. (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.
- ธัสมน นามวงษ์. (2542). ผลการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี** 10 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 17-23.

- นารีรัตน์ รูปงาม. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ การได้รับข้อมูล
ป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ การให้รางวัล และวัฒนธรรมคุณภาพบริการกับคุณภาพ
บริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ปัญจมีดิถี. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยสิ้นหวัง. วารสารพยาบาล 48: 195-200.
- นิตยา ปัญจมีดิถี. (2542). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย. วารสาร
พยาบาล 48: 148-152.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2544). ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครั้งหนึ่งที่เคยคูแล. ใน เอกสารประชุมวิชาการ
ฟื้นฟูเทคนิคการพยาบาลครั้งที่ 11 เรื่อง การดูแลผู้รับบริการระยะสุดท้าย. หน้า 24-25
กรกฎาคม 2544 ณ ห้องประชุมหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ อาคารเฉลิมพระเกียรติ
6 รอบพระชนมพรรษา วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- นิภาพร ละครวงศ์. (2547). การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อคุณภาพบริการการ
พยาบาลโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตา ชูโต. (2545). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: แม่ทาส์ปอยท์.
- นุชรินทร์ วัฒนทกุล. (2543). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2543). การพัฒนาดัชนีรวมสำหรับบ่งชี้คุณภาพการจัดการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยและ
พัฒนาหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ภาวะผู้นำ และกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลใน
ศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุพพรณี มาตรา. (2548). การพัฒนาตนเองของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐ
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541). การบริหารการพยาบาลระดับหัวหน้างาน หัวหน้าผู้ป่วย.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

- ประภัสสร เสงี่ยมกุลถาวร. (2544). การศึกษาตัวชี้วัดสมรรถนะการบริหารงานคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรางทิพย์ อูจะรัตน์. (2541). การบริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- พรเลิศ นัตรแก้ว. (2548). การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในไอซียู ในประเทศไทย เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. หน้า 185-191. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของศาสนาพุทธ. วารสารเกื้อการุณย์ 11(2): 1-11.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บลูพรินต์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปริ้นติ้ง.
- พัชรี เจริญพร. (2546). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรียา ไชยลังกา. (2534). ศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรุณ รัตนวณิช. (2545). คุณภาพบริการด้านสาธารณสุข สำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มายด์ พับลิชชิ่ง.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2542). การประกันคุณภาพการพยาบาล. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (บรรณาธิการ), ใน การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทยวันที่ 21-22 พฤษภาคม, หน้า 99-128. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ คนอื่น ๆ. (2547). Quality In Nursing And Learning Organization. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548). การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). การจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2548). การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้องค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ หนทาง

สู่การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (ตอนที่ 2). วารสารคุณภาพการพยาบาล 3(2): 25-36.

พาริดา อิบราฮิม. (2542). สารการบริการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

พาริดา อิบราฮิม. (2544). การเตรียมพร้อมเพื่อการบริหารการพยาบาล. วารสารการพยาบาล.

3(2): 1-13.

พาริดา อิบราฮิม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:

สามเจริญพานิช.

ภักกร ช่วยคุณูปการ. (2547). รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ภavana จงทักษิณาวัตร. (2542). การจัดการสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึง

แก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ

กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาริสา ไกรฤกษ์. การพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้ฐานความรู้ [Online]. (2550). แหล่งที่มา:

<http://www.nu.kku.ac.th> [2551, กุมภาพันธ์17].

ยุพดี โสถิพันธุ์. (2539). การจัดการการทางการแพทย์. สงขลา: เหมการพิมพ์.

รศพร ประทุมวัน. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาล

วิชาชีพกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

รวี เดือนดาว. (2544). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย:

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รวีวรรณ อัจฉาศย์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร

การพยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลที่

กำลังดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ฝ่ายการพยาบาล. (2544). **คุณสมบัติ และหน้าที่ความรับผิดชอบ
คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง.** กรุงเทพมหานคร. (อัดสำเนา).
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2545). **สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2545.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ฝ่ายการพยาบาล. (2548). **KPI ตำแหน่งงานบุคลากรทางการพยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 1.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดาวัลย์ รวมเมฆ. (2544). ผู้บริหารการพยาบาลบรรยากาศที่เป็นสุขในงานบริการพยาบาล.
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 13 (1): 17-23.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ
ทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วนิดา ศรีวรกุล. (2537). **การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาล
เซนต์หลุย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรุณชญา รอยกุลเจริญ. (2550). **การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
วารสารสภาการพยาบาล 22(3): 5-8.**
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2547). **การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ. (2545). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล : เครื่องมือในการประเมิน
คุณภาพ เล่มที่ 1.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์ศรีเทพพริ้นติ้งกรุ๊ป.
- วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ. (2545). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล : คู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูล
เล่มที่ 2.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์ศรีเทพพริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ศรีวรรณ มีบุญ. (2539). **ศึกษาความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่
เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปฏิบัติการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล.** ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์
ออฟเซ็ท.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี.** กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). **มาตรฐานโรงพยาบาล: แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**. กรุงเทพมหานคร: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ฉบับกาญจนานิก).
- สนอง สืบสายอ่อน และ พะยอม อยู่สวัสดิ์. (2547). ประสบการณ์ภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพ. **วารสารสภาการพยาบาล** 13(3): 53-59.
- สภาการพยาบาล. (2541). **แผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ**. **วารสารสภาการพยาบาล** 19 (มกราคม): 54-69.
- สภาการพยาบาล. **ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544**. [Online]. (2544). แหล่งที่มา: [http:// www.tnc.or.th](http://www.tnc.or.th) [2549,กรกฎาคม15]
- สภาการพยาบาล. **สมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์** [Online]. (2546). แหล่งที่มา: <http:// www.tnc.or.th> [2549, กรกฎาคม15].
- สภาการพยาบาล. **ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับทุดิยภูมิ และระดับตติยภูมิ** [Online]. (2549). แหล่งที่มา: <http:// www.tnc.or.th> [2549,กรกฎาคม15].
- สมเกียรติ โภชิตชัย. (2541). **ตัวชี้วัด**. ใน เอกสารประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สัมพันธ์ ภูไพบูลย์. (2540). **องค์การและการจัดการ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พิทักษ์อักษร.
- สำนักการพยาบาล. (2547). **สาระความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพและชุมชน**. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงาน, ปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2549). **หน้าที่ความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ**. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สถิติการตายของประชากร** [Online]. (2547). แหล่งที่มา: http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat_23/toc_4/4.3-2.xls. [2549,พฤษภาคม2].
- สิวลี สีวิไล. (2539). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาพร ดาวดี. (2537). **ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2546). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี จักรไพศาล. (2541). **ศึกษาการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคนาเววิกฤต เศรษฐกิจ โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี จักรไพศาล. (2541). **การพัฒนาภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพบริการวารสารพยาบาลศาสตร์ 10(1-3): 8-11.**
- สุเมธา เสงประเสริฐ. (2548). **ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุลัดถ์กษณ์ มีชูทรัพย์. (2539). **การบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จีระรัชการพิมพ์.
- สุลัดดา พงษ์รัตนมาน. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสนาะ ดิยาวี. (2543). **หลักการบริหาร**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวนีย์ โกวิทเทาวงศ์. (2544). **การศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลของระบบงานบริการพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลัดถ์กษณ์ มณีรักษ์ และคณะ. (2547). **ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต**. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 24(1): 31-47.
- เสาวลัดถ์กษณ์ เล็กอุทัย. (2542). **มาตรฐานการพยาบาล: การพัฒนาคูณภาพการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทย วันที่ 21-22 พฤษภาคม, หน้า 79-98. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.**

- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2541). **เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน ใน เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 แพทยสมาคม. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์**
- อโนชา ทองกุนทุน. (2544). **ขอบเขตการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ในปีพุทธศักราช 2554. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- อรทัย สนใจยุทธ. (2539). **ผลการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- อรวรรณ คล้ายพยัคฆ์. (2549). **การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- อรวรรณ แยมสรสวัสดิกุล. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในกลุ่มงานการพยาบาลเจตคติต่องานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- อังคณา สุเมธสิทธิกุล. (2539). **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2534). **กระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- อุบล จ้างพานิช. (2544). **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารการศึกษาพยาบาล 12(3): 72-77.**
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2534). **กระบวนการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
- อุไร นิโรธนันท์. (2534). **ผลการวัดต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**

อุไรรัตน์ อยู่เป็นสุข. (2549). **กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., and Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **JAMA** 288(16): 1987–1993.

Almada, P., Carafoli, K., Flattery, J., French, F., and McNamara, M. (2004). Improving the retention rate of newly graduated nurses. **Journal for Nurses in Staff Development** 20(6): 268–273

American Association of College of Nursing. **Peaceful Death: Recommended competencies and cur Guidelines for end of life nursing care** [Online]. (2004). Available from: <http://aacn.nche.edu/Publication/deathfin.htm>. [2006, October 21].

ANA. (1996). **Nursing Quality Indicators: Definition and Implications.** Washington, D.C. American Nurses.

Barrett, C., and Myrick, F. (1998). Job satisfaction in preceptorship and its effect on the clinical performance of the preceptee. **Journal of Advanced Nursing** 27: 364-371.

Bowles, C., and Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates. **Journal of Nursing Administration** 35(3): 130–137.

Budd, K.W., Warino, L. S., Patton, M. E. **Traditional and nontraditional collective bargaining: Strategies to improve the patient care environment** [Online]. (2004). Available from: <http://www.nursingworld.org/ojin/topic23/tpc235.html> [2007, December 14].

Clarke, E. B, et al. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. **Journal of Critical Care Medicine** 31(9): 2255-2262.

Certo, S. C. (1997). **Modern management : Diversity, quality, ethics and the global environment.** 7th ed. New Jersey : Prentice-Hall international.

- Corner J., et al. (2003). Exploring nursing outcome for patients with advanced cancer Following Intervention by Macmillan specialist palliative care nurses. **Journal of Advanced Nursing** 41(6): 561-574.
- Daft, R. L. (1998). **Organization theory and design**. 6th ed. Ohio: South-Western.
- Danis, R. F., et al. (1999). Incorporating palliative care into critical care education: Principles, Challenges, and opportunities. **Critical Care Medicine** 27(9): 2005-2013.
- Davis, L. L., and Barham, P. D. (1989). Get the most from your preceptorship program. **Nursing Outlook** 37(4): 167-171.
- Donabedian, A. (1982). **Explorations in quality assessment and Monitoring, Vol. II: The criteria and standards of quality**. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Drew, N. (1993). Reenactment interviewing: A methodology for phenomenological research. **Journal of Nursing Scholarship** 25 (4): 345-351.
- Dubrin, A. J. (2000). **Applying psychology: Individual and organizational effectiveness**. New Jersey: Prentice Hall.
- Fox, R. T., and Fox, D. H., & Wells, P. J. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. **Journal of Nursing Administration** 29 (9):12-18
- Friesen, L., and Conahan, B. J. (1980). A clinical preceptor program: Strategy for new graduate orientation. **Journal of Nursing Administration** 10(4): 18-23.
- Havard, J. L. (1999). Nurse at the Bedside Influencing Outcomes. **Nursing Clinical North Am** 32 (3): 579-587.
- Hensinger, B., Minerath, S., and Robertson, K. (2005). Asset protection: Maintaining and retaining your workforce. **Journal of Nursing Administration** 35(6): 268-272.
- Hitchings, K. S. (1989). Preceptors promote competence and retention: Strategies to achieve success. **Journal of Continuing Education in Nursing** 20(6): 55-60.
- Hodge, B. I., Anthony, W. P., and Gales, L. M. (1996). **Organization theory a strategic approach**. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurse**. London: Blackwell Science.

- Holzemer, W. L (1994). The Impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on Outcome. **Journal of Advanced Nursing** 20(1): 5-12.
- Huges, L. (1990). Assessing organization culture: Strategies for the external consult. **Nursing Forum** 25(1): 15-19.
- Idvalle, E., Rooke, L., and Hamirne. (1997). Quality indicators in Clinical nursing : A review of The literature. **Journal Advanced Nursing** 25 : 6-17.
- Jairath et al. (1991). The effect of preceptorship upon diploma program nursing students' transition to the professional nursing role. **Journal of Education** 30(6): 251-255.
- Judith, M. T.,et al. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. **Critical Care Medicine** 29(2): 277-282.
- Knack, S., and Manning, N. (2000). **Towards Consensus on Governance indicator: selecting public management and broader governance indicator** [Online]. Available from <http://www.worldbank.org/publicsector/consensus.htm>.
- Lang, N. M., and Marek, K. D. (1991). Outcome that reflect clinical practice, cited in
- Lathlean, J. (1987). Are you prepare to be a staff nurse. **Nursing Time** 83 (9): 25-27.
- Lavy, M. (2001). End-of-life care in the intensive care unit: Can we do better?. **Critical Care Medicine** 29(2): 56-61.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. (1985). **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. (1989). **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage.
- Liwit, G. H., and Stringer, R. A. (1968). **Motivation and organizational climate**. Boston: President and Fellows of Harvard College.
- Maddocks, I. (2001). **Palliative care: A guide for general practitioners**. South East Asia: Yayasan Teratai.
- Mitchell, T. R., and Larson, J. R., Jr. (1987). **People in organizations : Introduction to organizational behavior**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Morrow, K. L. (1984). **Preceptorship in nursing staff development**. St. Louis: Mosby.
- Morse, J. M. (1991). **Strategies for sampling. In qualitative nursing research: A contemporary dialogue**. Newbury Park.: Sage.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. **Qualitative Health Research** 10(1): 3-5.

- Morton - Cooper, A., and Palmer, A. (2000). **Mentoring, preceptorship and clinical supervision: A guide to professional roles in clinical practice.** 2nd ed. London: Blackwell Science.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2004). **Clinical Practice Guidelines For Quality Palliative Care.** One Penn Center West, Pennsylvania.
- Nelson, S.V., et al. (2001). End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now?. **Critical Care Medicine** 29(2): 2-9.
- O' Malley, J., Loveridge, C. E., and Cummings, S. H. (1989). The new nursing organization. **Nursing Management** 20(2): 29-32.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. **Advances in Nursing Science** 5(2): 49-63.
- Omery, A., and Mark, C. (1995). Phenomenology and science. In Omery, A., Jasper, C. E., Page, G. **Search of nursing science.** Thousand Oak: Sage.
- Skilbeck, J. K., and Payne, S. (2005). End of life care: A discursive analysis of specialist Palliative care nursing. **Journal of Advanced Nursing** 51(4): 325-334.
- Streubert, H. J., and Carpenter, D. R. (2003). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative.** 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williamsand Wilkins.
- Streubert, H. J., and Carpenter, D. R. (2007). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative.** 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williamsand Wilkins.
- Webster's Dictionary. (2007). Available from; <http://mw1.merriam-webster.com> [2007, July 21].
- William, B. K. (1997). **Chinese-Canadian attitudes toward end of life decisions** [CD-ROM]. Abstract from ProQuest File: Dissertation Abstract Item: 27879.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ : ประสิทธิภาพการพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย**

แนวคำถามในการเก็บข้อมูล กำหนดจากวัตถุประสงค์ และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนว
คำถามกว้าง ๆ ซึ่งสามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล
ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา

- 1.1 แนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์
- 1.2 พுகุยซักถามถึงการทำงานทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
- 1.3 ขออนุญาตบันทึกเทป

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

- 2.1 อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา
- 2.2 หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการทำงาน ประสิทธิภาพการพัฒนาคณาการ

พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ขั้นสู่ประเด็นที่ต้องศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความหมาย และประสิทธิภาพการพัฒนาคณาการ
พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำถามหลัก

1. กรุณาให้ความหมายของคำว่าพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. กรุณาช่วยเล่ารายละเอียดถึงพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าทำ

อย่างไร

คำถามรอง

1. เหตุผลหรือสิ่งจูงใจอะไรที่ทำให้ท่านต้องการพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยของท่าน

2. ท่านพัฒนาคณาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยของท่านอย่างไร

3. ท่านนำการพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้แล้วเป็นอย่างไร

4. ผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้คือ
อะไร

5. ท่านรู้สึกอย่างไรกับผลที่เกิดขึ้นจากการนำการพัฒนาคณาการพยาบาลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายไปใช้

6. เพราะเหตุใดท่านถึงคิด/รู้สึกอย่างนั้น

7. ท่านจัดการกับความรู้สึกล้นอย่างไร

4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถามดังนี้

4.1 ท่านต้องการจะเล่าเพิ่มเติมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยของท่านอีกไหมค่ะ

4.2 ท่านต้องการซักถามดิฉัน (ผู้วิจัย)หรือไม่...

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 585/2009
IRB No. 238/51

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

เลขที่โครงการวิจัย :-

ผู้วิจัยหลัก : นางนวรรตน์ มีถาวร

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง :

1. Protocol

ลงนาม
(ศาสตราจารย์นายแพทย์เอนก อารีพรรค)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมอารี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 30 มิถุนายน 2552

วันหมดอายุ : 30 มิถุนายน 2553

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดิ์ค๊ะ คิฉันชื่อ นางนวรรณ์ มีถาวร เป็นนิติศตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย” ท่านเป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ คิฉันขอให้ท่านให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในระหว่างการสัมภาษณ์ คิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลงานในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อทั้งท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ คิฉันมีความยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางนวรรณ์ มีถาวร

ผู้วิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย
ผู้ทำวิจัยชื่อ	นางนวรรตน์ มีถาวร นิสิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่	หอผู้ป่วยวชิราวุธชั้นบน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
เบอร์โทรศัพท์	โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4150 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087- 6905293
ที่ปรึกษาโครงการวิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมในเอกสารฉบับนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อเป็นข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์ โดยให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ท่านเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ แสดงความคิดเห็น ความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้นกับท่าน คือ การใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์ ครั้งละ 45-50 นาที โดยผู้วิจัยอาจต้องใช้การสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง สำหรับสถานที่ และเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับท่านสะดวก

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยมาแล้ว 3 ปีขึ้นไปที่มี

ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์หรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่น จำนวนประมาณ 14 คน

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับอันตราย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับความหมาย และประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้วผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของท่านและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมาย และประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถที่จะยุติการสัมภาษณ์ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงาน

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ชื่อ โครงการ “ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย”

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางนวรรตน์ มีถาวร ที่อยู่ 122/23 ซอย 21/1 ถ. พุทธรณชาติ สาย 2 แขวงศาลาธรรมสพน์ เขตทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10170 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การแสดงความคิดเห็นตามหัวข้อการสัมภาษณ์ และมีการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ ในเรื่อง “ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย”

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางนวรรตน์ มีถาวร)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

วันที่...../...../..... เวลา.....น. ถึง.....น.

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
.		
.		



ภาคผนวก ค

ตารางรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล จำแนกเป็น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์เป็นหัวหน้าหรือผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาใช้

คนที่	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	ประสบการณ์เป็นหัวหน้าหรือผู้ป่วย (ปี)	การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาใช้
1	43	ปริญญาโท	18	4	- นำ Family conference มาใช้ร่วมกับ C- 3 THER ทำทุกวันพุธ 08.15 น. โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การรักษาไปในทางเดียวกัน
2	46	ปริญญาตรี	23	5	- นำ Family conference มาใช้เป็นการนำปัญหาของผู้ป่วยมาคุยกันระหว่างญาติ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ โดยเน้นเรื่องแผนการรักษา ใ้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและ เลือกลสิ่งที่เขาต้องการ สิ่งที่เขาพอใจ
3	44	ปริญญาโท	21	3	- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่อง การเพิ่มการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
4	47	ปริญญาโท	21	4	- การทำ Family conference ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย - โครงการหัวใจสีทองซึ่งมีพระอาจารย์เข้ามาช่วยคุยกับคนไข้ และให้ข้อคิด แนวทางการดำเนินชีวิตระหว่างการรักษา

คนที่	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	ประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (ปี)	การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาใช้
					<ul style="list-style-type: none"> -โครงการชิงก ลดความรู้สึกละอายใจทางด้านร่างกาย จิตใจให้คนไข้และญาติ -โครงการใจสบายกายหายทุกข์ โดยใช้แนวคิดของ Empowerment เข้ามาช่วยคนไข้ระหว่างการรักษา
5	44	ปริญญาตรี	21	4	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosocial ward round คือนักสังคม มีแพทย์ มีพยาบาล เข้ามารวมกลุ่มคุยกัน เกี่ยวกับปัญหาคนไข้ ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - โครงการดักบาตร
6	45	ปริญญาโท	22	4	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการขอขมาคนไข้ที่ถึงแก่กรรมทุกราย - โครงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - โครงการSunday song
7	48	ปริญญาโท	26	5	<ul style="list-style-type: none"> - อาสาสมัครข้างเตียงทำร่วมกับคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - การทำ Family conference ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย - โครงการดักบาตร - โครงการสวดมนต์ - โครงการSunday song

คนที่	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	ประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (ปี)	การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำมาใช้
8	44	ปริญญาโท	21	3	- โครงการ family center care โดยเน้นครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
9	51	ปริญญาตรี	28	5	- โครงการธรรมเนียมเทศนา ทุกวัน อังคาร - โครงการ Sunday song
10	50	ปริญญาตรี	26	4	- โครงการคัดบาตร - โครงการสวดมนต์ - Family conference โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
11	48	ปริญญาโท	25	5	- Family conference โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - C-3 THER
12	49	ปริญญาโท	25	3	- โครงการใส่บาตร ทุกวัน จันทร์กับวันพฤหัสบดี - อาสาสมัครข้างเตียง - โครงการ Sunday song
13	44	ปริญญาโท	21	3	- โครงการใส่บาตร ทุกวัน พฤหัสบดี - โครงการสนทนาธรรมะข้างเตียง
14	46	ปริญญาโท	23	4	- Family conference โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - อาสาสมัครข้างเตียงทำร่วมกับคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียด ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย

ส่วนที่ 1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ประเด็นหลัก
1.1 การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 1.2 การดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ 1.3 การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย	1.1 เริ่มจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีคนขับเคลื่อน 1.2 เริ่มจากจิตสำนึกส่วนตัว: อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม
2. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย	2.1 จัดการดูแลด้วยความเข้าใจ 1) เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร 2) มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร 3) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 2.2 จัดการดูแลด้วยความเอาใจใส่ 1) จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) ปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง
3. ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย	3.1 ผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 1) สามารถเผชิญกับสถานการณ์คุกคามได้ดีขึ้น 2) ได้ตายอย่างสงบ 3) ครอบครัวลดความโศกเศร้า 3.2 ผลต่อบุคลากร 1) สุขใจกับผลของการพัฒนา

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
	2) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 3.3 ผลต่อหน่วยงาน 1) การมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น 2) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ ที่	Themes	ลำดับ ที่	Themes
1.	เป็นหลักประกันการพัฒนา	25.	การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน
2.	เป็นสิ่งที่ดีที่สุดในพัฒนางาน	26.	พัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาตนเอง
3.	นำมาปรับใช้แล้วได้ผลดี	27.	ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ
4.	นำมาพัฒนางาน	28.	พัฒนาบุคลากร
5.	ภูมิใจที่ได้รับการยอมรับ	29.	พัฒนาศักยภาพของบุคลากร
6.	ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขา วิชาชีพ	30.	พัฒนาความสามารถของตัวเอง
7.	เพิ่มเอกภาพวิชาชีพ	31.	พัฒนาทีมงาน
8.	นำมาพัฒนาต่อ เป็นแนวทางปฏิบัติ	32.	ปฏิบัติงานอย่างมีเหตุผล
9.	ทดลองใช้เกิดแนวทางปฏิบัติ	33.	อยากช่วยให้ตายอย่างสงบและงดงาม
10.	อยากได้การยอมรับ	34.	เป็นแบบอย่างที่ดี
11.	ความร่วมมือของทีมงาน	35.	มีแรงกระตุ้นจากการยอมรับ
12.	การควบคุมกำกับติดตาม	36.	ความร่วมมือจากทีมสหสาขา
13.	การสนับสนุนจากองค์กร	37.	การสนับสนุนจากทีมงาน
14.	ปรับปรุง End of Life อย่างต่อเนื่อง	38.	ความช่วยเหลือจากผู้บริหาร
15.	การยอมรับในทีมสหสาขา	39.	เป็นกระแสความนิยม
16.	นำไปใช้ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ	40.	นำมาใช้เปลี่ยนวิธีการทำงาน
17.	ได้รับความน่าเชื่อถือ	41.	นำมาใช้เปลี่ยนระบบการทำงาน
18.	การเพิ่มคุณค่าวิชาชีพ	42.	ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท
19.	เรียนรู้สิ่งใหม่	43.	การสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ
20.	การทำงานเป็นทีม	44.	พยายามนำแนวคิดต่างๆมาพัฒนา
21.	หัวหน้าเป็นแบบอย่าง	45.	มันเป็น Topic หนึ่งที่คนเป็นหัวหน้าห ต้อง Concern
22.	การสนับสนุนจากองค์กร	46.	มันเป็นนโยบายของโรงพยาบาล
23.	มีการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร	47.	ให้สหสาขาวิชาชีพทั้งหมดเข้ามาช่วยกัน ทั้งทีม
24.	ต้องการความสุขสบายทางด้าน ร่างกาย	48.	การตายอย่างมีคุณภาพ

ลำดับ ที่	Themes	ลำดับ ที่	Themes
49.	ตั้ง End of life conferences	72.	การพัฒนามันเกิดจากที่เราอยากได้ อะไร
50.	มีความน่าเชื่อถือว่าก่อให้เกิดผลดี	73.	ปัญหาในหน่วยงานตอนนี้มันเกิดจาก อะไร
51.	เป็นวิชาชีพมากขึ้น	74.	การนำมาใช้ต้องใช้วิจารณญาณ
52.	มีความรู้สึกที่เราอยากจะช่วยเขา	75.	เป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้ได้จริง
53.	แก้ไข Conflict ระหว่างญาติ	76.	ใช้ประโยชน์ได้จริง
54.	เขาได้ตายอย่างสวยงาม	77.	สร้างแรงจูงใจในการนำมาใช้
55.	มีความรู้สึกว่าจะอยากจะเป็นตัวกลาง เชื่อมระหว่างเขากับครอบครัว	78.	เปลี่ยนวิธีการทำงาน
56.	นโยบายขององค์กร	79.	รู้สึกดีและมั่นใจในการนำมาใช้
57.	เกิดความน่าเชื่อถือ	80.	เกิดความน่าเชื่อถือเกิดประโยชน์
58.	นำมาใช้ในการบริหารงาน	81.	ใช้เพื่อแก้ปัญหา
59.	เห็นว่าใช้ได้ผลดี	82.	รู้สึกดี ผลที่ออกมาดี
60.	การใช้วิจารณญาณ	83.	ดูแลเรื่องจิตวิญญาณในผู้ป่วย End of life
61.	เราควรจะดูแลเขาด้วยจิตใจ	84.	ให้ความรู้แก่น้องในเรื่องการดูแลคนไข้ End of life
62.	มันไม่มีอะไรติดค้างในใจเรา	85.	ทำFamily conference ใน case ที่มี ปัญหา
63.	อยากให้มีหน่วยงานสำหรับคอย แก้ปัญหา	86.	เป็นการนำปัญหามาคุยกันระหว่าง ญาติ ทีมการพยาบาล
64.	ถ้ามีใจจะใช้ทำอะไรก็ตาม	87.	ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
65.	การสืบค้นให้รู้ซึ่งถึงความต้องการ ผู้ป่วย	88.	ให้เขาเลือกสิ่งที่เขาต้องการ สิ่งที่เขา พอใจ
66.	การระดมสมองร่วมกัน	89.	ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน
67.	ทำอย่างไรให้เขาสุขสบายที่สุด	90.	รู้สึกได้สร้างบุญโดยเราไม่รู้ตัว
68.	เอาใจเขามาใส่ใจเรา	91.	ให้เราเอาใจเขามาใส่ใจเรา
69.	เราอยากได้ใครคนไข้ก็อยากได้ อย่างนั้น		
70.	เอาปัญหาในหน่วยงานมาพัฒนา		
71.	ดูแลเรื่องจิตวิญญาณ		

ลำดับ ที่	Themes	ลำดับ ที่	Themes
92.	เป็นแบบอย่างที่ดี	113.	ไม่จำเป็นต้อง CPR ถ้าญาติเขา Accept
93.	มีแรงกระตุ้นจากการยอมรับ	114.	CPR ไปก็ไม่ได้ช่วยอะไร
94.	ความร่วมมือจากทีมสหสาขา	115.	ต้องเป็นผู้ฟังเราถึงจะตอบสนองเขาได้
95.	การสนับสนุนจากทีมงาน	116.	ศึกษาความต้องการของญาติแล้วศึกษา
96.	ความช่วยเหลือจากผู้บริหาร	117.	ข้อมูลต่าง ๆ ตามทฤษฎี
97.	เป็นกระแสความนิยม	118.	ตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของ
98.	นำมาใช้เปลี่ยนวิธีการทำงาน	119.	ญาติ
99.	นำมาใช้เปลี่ยนระบบการทำงาน	120.	เป็นการแลกเปลี่ยนกันเรื่องของการดูแล
100.	ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท	121.	รักษาคนไข้
101.	ทดลองใช้แล้วได้ผลดี	122.	ตรงกับสิทธิของผู้ป่วยที่ว่ามีส่วนร่วมใน
102.	ปรับใช้ในการทำงาน	123.	การตัดสินใจ
103.	นำมาปรับใช้ในการบริหารจัดการ	124.	มันมากกว่าเรื่องของความพึงพอใจ
104.	เพื่อให้ได้การยอมรับ	125.	มันมีประโยชน์ มันดีของมันอยู่แล้ว
105.	เหตุผลของการนำมาใช้	126.	การดูแลด้วยความเข้าใจ
106.	ดีใจ ผลตามเป้าหมาย	127.	มีประโยชน์มากถ้าเราคิดว่าเราได้นำเอา
107.	การสนับสนุนจากทีมสหสาขา	128.	มันไปใช้เอากระบวนการ ของของมันไปใช้
108.	วิชาชีพ	129.	ความเป็นรูปธรรมของการดูแลยังไม่
109.	คิดว่าเขาเหมือนญาติเราคนหนึ่ง		ชัดเจน
110.	เหมือนกัน		ทำให้เราต้องมาพัฒนาคุณภาพการดูแล
111.	ถ้าต้องมาป่วยอย่างนี้จะรู้สึกอย่างไร		คนไข้ตรงนั้นให้เขารู้สึกทางด้านจิตใจ
112.	บุญกุศลที่เราทำน่าจะส่งผลให้เรา		จิตวิญญาณของเขามากขึ้น
	ไม่เป็นอย่างนี้หรอก		พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ
	พยายามทำให้ดีที่สุด		สุดท้ายให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
	มีความสุขนะที่เห็นเขายิ้มแย้ม		ไม่มีการเตรียมตัวญาติ
	แจ่มใสทั้งๆ ที่รู้ว่ากลับไปเขาคง		การทำด้วยใจ
	death		สร้างเครือข่ายการเรียนรู้
	112.	129.	ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้



ภาคผนวก ง

ภาพแสดงกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



โครงการตักบาตร



โครงการชั่ง



โครงการ Sunday song



โครงการที่จัดขึ้นตามเทศกาล(ลอยกระทง)



โครงการใจสบายกายหายทุกข์



โครงการธรรมเทศนา(หัวใจสีทอง)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนวรรตน์ มีถาวร เกิดวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2513 ที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2538 เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ที่หอผู้ป่วยวชิรราช เมื่อปี พ.ศ. 2538 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วยวชิรราชชั้นบน หน่วยงานอายุรกรรม กลุ่มงานมะเร็งโลหิตวิทยาผู้ใหญ่ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย