

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลตติยภูมิ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE NURSING COMPETENCY ASSESSMENT SCALE OF
PROFESSIONAL NURSES, TERTIARY HOSPITALS



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

รสริน ยิ้มอยู่ : การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล
 วิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ. (THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE NURSING
 COMPETENCY ASSESSMENT SCALE OF PROFESSIONAL NURSES, TERTIARY
 HOSPITALS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.อ.หญิง ดร.วาสนิณี วิเศษฤทธิ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล
 วิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีประสบการณ์ การ
 ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 387 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น
 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองและรายการสมรรถนะ
 ย่อย สร้างเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยสมรรถนะ 9 ด้าน ข้อรายการสมรรถนะย่อย 50 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความ
 ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์
 แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีการสกัดตัวประกอบ
 หลัก ระยะที่ 2 สร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ แบบบูรณาการ ผ่านการ
 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของระดับเกณฑ์การประเมินแบบบูรณาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการวิจัยสรุป
 ได้ดังนี้

1. ตัวประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ มีทั้งหมด 4
 องค์ประกอบ บรรยายด้วย 50 ตัวแปร มีความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 69.41 ได้แก่ 1) ด้านการดูแลแบบ
 ประคับประคองและการจัดการความปวด สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 59.508 มีตัวแปรที่
 บรรยายตัวประกอบ 13 ตัวแปร 2) ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณศาสนา และการ
 ประสานงานส่งต่อ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 4.415 มีตัวแปรที่บรรยายตัวประกอบ 13 ตัว
 แปร 3) ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 2.928 มีตัว
 แปรที่บรรยายตัวประกอบ 13 ตัวแปร 4) ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต สามารถ
 อธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 2.565 มีตัวแปรที่บรรยายตัวประกอบ 11 ตัวแปร

2. แบบประเมินที่สร้างขึ้นแบ่งระดับสมรรถนะการดูแลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 3 หมายถึง พยาบาล
 วิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้ ระดับ 2
 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี สามารถแก้ปัญหาได้
 แต่ยังไม่เก่งงานไม่ได้ ระดับ 1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับ
 ปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลที่เลี้ยง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิติต

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977313436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: NURSE COMPETENCY, ASSESSMENT SCALE, PALLIATIVE CARE

Rosarin Yimyou : THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE NURSING COMPETENCY ASSESSMENT SCALE OF PROFESSIONAL NURSES, TERTIARY HOSPITALS. Advisor: Asst. Prof. Capt. Wasinee Wisarith, Ph.D.

The aim of this study was to develop the competency care assessment of professional nurses. Tertiary Hospital 387 experienced nurses of 5 years terminally ill patients in inpatient. The study had drawn by multi-stage randomization and divided in to 2 phases. Phase 1 was the Synthesis factors of performance indicator in palliative care and sub-competency programs, constructed research tools which compose of 9 competency factors, 50 of sub competencies. Passed the content validity examination by experts. The content validity index was 0.86 and the reliability was determined by using the coefficient formula of Cronbach's alpha which was 0.97. The Data was analyzed by using component factor extraction method. Phase 2 was to construct a palliative care competency evaluation form professional nurses through rubric model. Passed appropriateness of the level of three rubric assessment criteria from experts.

The result of this research can be summarized as follows: Palliative care competency factors of professional nurses in Tertiary Hospital have 4 components and can be described by 50 variables with variance of 69.41 percent: 1) Palliative care and pain management described by 13 variables accounted for 59.508% . 2) Knowledge management, ethics and laws spiritual religion and coordination, described by 13 variables accounted for 4.415% . 3) Communication and care for grief described by 13 variables accounted for 2.928% 4) In terms of preparation for the terminal illness and post-mortem care described by 11 variables accounted for 2.565%.

The assessment scale divided the 3 levels Level 3 palliative care nursing competency in professional / excellent level teaching mentor. Level 2 palliative care nursing competency in specialized / good levels can solve problems. Level 1 palliative care nursing competency in competent/ practitioner direct supervision.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย ตลอดจนคอยให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการพิจารณาช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งก่อนและหลังเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุน ทุนอุดหนุนการวิจัย ประเภทบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2563

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว รวมถึงเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังใจให้ศึกษาเล่าเรียนจนสำเร็จ และขอขอบคุณทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมดที่ได้ให้ความช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รสริน ยิ้มอยู่

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ฅ	ฅ
สารบัญภาพ.....ญ	ญ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 6	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 6	6
ขอบเขตของการวิจัย..... 6	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 9	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 10	10
1. บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ..... 11	11
2. บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง..... 13	13
3. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะและสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ 16	16
4. แนวคิดการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ..... 27	27
5. แนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์ตัวประกอบ 43	43
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 49	49
7. กรอบแนวคิดการวิจัย..... 54	54

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	56
ระยะที่ 1 การสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลระดับประคองของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	63
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	64
จริยธรรมผู้วิจัย	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลระดับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย	98
อภิปรายผลการวิจัย	105
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	113
ข้อเสนอแนะ	113
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	122
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ	123
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล	125
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	132
ภาคผนวก ง ข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ	145
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	218

ภาคผนวก ฉ แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ และคู่มือการใช้แบบประเมิน	227
ภาคผนวก ช ตารางสถิติแสดงการวิเคราะห์ข้อมูล.....	247
ภาคผนวก ซ ตารางสังเคราะห์สมรรถนะรายด้าน การดูแลแบบประคับประคอง	258
ประวัติผู้เขียน	263



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม	27
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	60
ตารางที่ 3	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบ ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ.....	70
ตารางที่ 5	ค่าไอเกน ร้อยละของความของความแปรปรวน และร้อยละสะสมความแปรปรวนของ องค์ประกอบ สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ตติยภูมิ.....	79
ตารางที่ 6	องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด	81
ตารางที่ 7	องค์ประกอบที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการ ประสานงานส่งต่อ	83
ตารางที่ 8	องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า.....	85
ตารางที่ 9	องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต .87	
ตารางที่ 10	สมรรถนะที่1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด สมรรถนะย่อย 13ข้อ	91
ตารางที่ 11	สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ ประสานงานส่งต่อ สมรรถนะย่อย 13ข้อ	92
ตารางที่ 12	สมรรถนะที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า สมรรถนะย่อย 13 ข้อ	94
ตารางที่ 13	สมรรถนะที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต สมรรถนะย่อย 11 ข้อ	95

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย55



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากเป็นการดูแลที่ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและเป็นที่ต้องการของสังคมมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญได้ประกาศให้ทุกประเทศบูรณาการ การดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต (World Health Organization, 2014) และประกาศบทบัญญัติเพิ่มเติมถึงคุณภาพที่ดีของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระยยะสุดท้ายว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลากรทางด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่ามีประชากรประมาณ 20 ล้านคนทั่วโลก ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองซึ่งจะช่วยบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องการที่จะยืดชีวิตหรือเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ครอบคลุมความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติ เป็นการดูแลโดยทีมที่ประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพมีการใช้แหล่งประโยชน์และระบบการสนับสนุนเข้าร่วม ในการดูแล (WHO, 2002)

ในประเทศไทยการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุเสียชีวิตอันดับ 1 ประมาณ 70,000 คนต่อปีชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เมื่อระยะของโรคเพิ่มขึ้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจและไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้จึงต้องการเข้ามารับการรักษาเพื่อควบคุมอาการต่างๆ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพงและเหมาะสมสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่มีปัญหาละเอียดอ่อน ซับซ้อนต้องการการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก ซึ่งปัจจุบันนี้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นความสำคัญ ได้มีนโยบายสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านโดยกำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยประคับประคองดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกแห่งและกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพที่ ผ่านการอบรมปฏิบัติงานด้านนี้เต็มเวลา อย่าง

น้อย 1 คนและขยายการดูแลสู่โรงพยาบาลชุมชนอีกด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2560) ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในพยาบาลวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและญาติให้ผ่านพ้นช่วงระยะใกล้ตายและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังระยะการสูญเสียส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพงและเหมาะสมสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน(กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีทั้งกลุ่มที่รักษาแล้วกลับบ้านได้และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการหนักที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จนเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องมาใช้ชีวิตและในที่สุดเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรหลักที่ทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดที่สุด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพมาตรฐานตามวิชาชีพ พยาบาลควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีศักยภาพในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการดูแลส่วนหนึ่งมาจากบุคลากรที่มีสุขภาพขาดการฝึกอบรมและไม่ตระหนักถึงความสำคัญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (World Health Organization, 2018)

หากองค์กรต้องการการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพนั้นควรมีการพัฒนาและประเมินสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้ตามศักยภาพที่มีอย่างเต็มที่ (สกล สิงหะ, 2553) พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการเจ็บป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับ หลักการดูแลแบบประคับประคอง มีทักษะการพยาบาลในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความปวดความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Montagnini, et al, 2012) การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลให้การดูแลแบบประคับประคองได้ไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะเวลาที่เหลืออยู่ โดยมุ่งเน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือรักษาให้หายมากกว่าการมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตและการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค กล่าวคือบุคลากรส่วนใหญ่มีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน ปัญหาการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ มีการให้ข้อมูลกับญาติที่ไม่ตรงกัน การส่งต่อเวรยังไม่มีความมีประสิทธิภาพ ปัญหาด้านทักษะความรู้และศักยภาพในการ

ดูแล พยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมาน ตายไม่สงบ (สุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ 2558)อีกทั้งยังพบว่าในสถานพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิทั่วไป มีจำนวนแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 7-10 เท่านั้น สถานบริการสุขภาพของรัฐมีการจัดระบบบริการที่ไม่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตรวมถึงการพลัดพรากสูญเสีย มีปัญหาความขัดแย้งด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และโรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2555)

นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้บริหารการพยาบาลต้องพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลด้านนี้ การสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยทำให้ค้นพบปัญหาและความต้องการว่าพยาบาลวิชาชีพต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพยาบาลในการบริหารจัดการเพิ่มความรู้ในทักษะด้านนั้นๆต่อไป ปัญหาด้านทัศนคติความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสหวิชาชีพมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอึดอัดลำบากใจในการดูแล ค่านิยมทัศนคติของผู้ดูแล พื้นหลังที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้การตัดสินใจในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน การที่พยาบาลมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายได้ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคองคือ พฤติกรรมของที่แสดงออกถึงการมีความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลเริ่มจาก เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะ ตระหนักถึงสิทธิการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการรวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต (สภาการพยาบาล, 2558; WHO, 2002)

สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย (สภาการพยาบาล, 2558) เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการทำการศึกษาและกำหนดสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองไว้ 9 รายการดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 5) การสื่อสารและการให้คำปรึกษา 6) ศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 7) จริยธรรมและกฎหมาย 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 9) การสอนและให้ความรู้ โดยกำหนดเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยแต่ยังไม่ได้สร้างแบบประเมินสมรรถนะขึ้น ซึ่งการประเมินสมรรถนะ

คือกระบวนการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะและพฤติกรรมการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน เปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะที่องค์กรคาดหวังในตำแหน่งงานนั้นๆ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้องค์กรสามารถวัดผลลัพธ์ของงานในเชิงคุณภาพซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลงานในแต่ละบุคคลได้และทำให้องค์กรมุ่งไปที่การพัฒนาความสามารถของพนักงาน (สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2551) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินด้านการดูแลแบบประคับประคองขึ้นเพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายขั้นและนำผลการประเมินไปพัฒนาเพิ่มทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันการประเมินสมรรถนะโดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินเป็นวิธีการที่นิยมใช้มากที่สุดเนื่องจากองค์กรจะได้ข้อมูลจากผลการประเมินที่จะช่วยให้องค์กร และผู้ปฏิบัติงานทราบถึงระดับความรู้ ทักษะ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน และความแตกต่างของระดับความสามารถที่ผู้ปฏิบัติงานมีกับที่องค์กรคาดหวัง เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้เป็นไปตามความคาดหวังขององค์กรจะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ซึ่งผลการประเมินจะมีความน่าเชื่อถือและมีความแม่นยำในการวัดหรือไม่ขึ้นอยู่กับคุณภาพหรือคุณสมบัติที่ดีของแบบประเมิน การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยทั่วไปจะให้ความสำคัญ ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อนที่มีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ทั้งนี้เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการและการพัฒนาการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพหรือศักยภาพ ของบุคคล และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร ทางด้านการพยาบาลแบบประคับประคองให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการสร้างแบบประเมินด้านการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมตามหลักการประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ทักษะคนดี บุคลิกลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล แรงจูงใจในการปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเองตลอดเวลา เพื่อนำไปพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบตามหลักการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Competency -Human Resource Management) (สุกัญญา ธรรมรัศมีโชติ, 2550)

แบบประเมินสมรรถนะเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดหรือประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยพัฒนาและธำรงรักษาบุคลากรโดยมุ่งให้ทราบถึงผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของบุคลากร ว่าบรรลุผลตามเป้าหมายและมีพฤติกรรมที่สอดคล้องตามความต้องการขององค์กรหรือไม่ การประเมินช่วยแจ้งหรือสื่อสารย้อนกลับให้บุคลากรทราบถึงจุดเด่น จุดด้อยหรือข้อบกพร่องของตนเอง ตลอดจนเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพการปฏิบัติงานซึ่งจะช่วยให้การประเมินเป็นรูปแบบและ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายได้อย่างชัดเจนมีมาตรฐานยิ่งขึ้น (วีไลรัตน์ ใจพิณิจ, 2557)

จากการทบทวนแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศพบว่ามี การสร้างแบบประเมินสมรรถนะโดยกำหนดแบบรายการเป็นรายด้านโดยให้ผู้ถูกประเมินสาธิตการ ปฏิบัติและมีผู้เชี่ยวชาญร่วมสังเกตการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองใน แต่ละรายได้โดยกำหนดผลการประเมินเป็นระดับตามความชำนาญ (End of Life Core Competency Framework St Christopher's Hospice, 2012) และมีแบบการประเมินการรับรู้ ของพยาบาลด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้านในระยะยาว (Montagnini, et al, 2012; Brazil, et al, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของธีระชล สาทสิน (2560) โดย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหลัก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิของ วิลาวรรณ แก้วทองและคณะ (2560) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลแบบ ประคับประคองในชุมชน ส่วนด้านการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพบว่ามีการศึกษาจากพยาบาล ตามสายงานต่างๆ เช่น การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านแพ้วของ ยุภา เทอดอุดมธรรม (2555) การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี ของวีไลรัตน์ ใจพิณิจ (2557) และการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาล เอกชนเขตกรุงเทพมหานครของ ดวงพร กุลภควา (2561) จากการศึกษาพบว่ายังไม่ปรากฏการ พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ซึ่งพบว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภาวะการ เจ็บป่วยด้วยปัญหาโรคที่ซับซ้อนและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล อีกทั้งมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสนใจที่ศึกษาและพัฒนาแบบประเมิน สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิและตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือ เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ องค์ประกอบมาสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ แบบบูรณาการเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการดูแล แบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับ บริการที่มีประสิทธิภาพและ ผู้บริหารการพยาบาลได้นำไปเป็นแนวทางการประเมินสมรรถนะด้าน การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพและนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาฝึกอบรมพยาบาล วิชาชีพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ มีองค์ประกอบและข้อรายการสมรรถนะใดบ้าง
2. แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพความตรง ความเที่ยงของแบบประเมินเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยทำวิจัยดังนี้

1. สร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ จากแนวคิดของสภาการพยาบาล
2. การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ
3. สร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อพัฒนา แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เบื้องต้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดของ สภาการพยาบาล (2558), The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework (2017), The European palliative care (EAPC, 2013) ส่วนขั้นตอนการสร้างแบบประเมินใช้แนวคิดของ Grove, Burn & Gray (2013) และแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริก (Rubric score) ตามแนวคิดของ สมศักดิ์ ภูวิภาตวารรณ (2544)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬารณณ์ มีพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 1,400 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและมีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬารณณ์ ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 407 คน

1.8 ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง การมีพฤติกรรม การแสดงออกถึงการมีความรู้ความสามารถ ในการวางแผน การส่งต่อ การช่วยเหลือทีมแพทย์ พยาบาล และครอบครัว มีความรับผิดชอบ และสร้างความเข้าใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

1.9 ด้านการสอนและการให้ความรู้ หมายถึง การมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการแสดงให้บุคคลอื่น ทีมสหวิชาชีพมีความตระหนักรู้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
 หมายถึง เครื่องมือที่ออกแบบเพื่อตรวจสอบคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมและการกระทำของพยาบาล ที่แสดงออกถึงพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพด้านการมีความรู้ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ตลอดจนคุณลักษณะของบุคคล ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีแนวโน้มว่าอาการจะทรุดลง ไม่สามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้และเสียชีวิตลงในที่สุด ให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถวัดได้และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ครอบคลุมขอบเขตงานที่กำหนดของพยาบาล การสร้างแบบประเมินของ Burns and Grove (2013) มี 10 ขั้นตอน คือ 1) การให้นิยามความหมายของโมโนมิติ 2) การออกแบบลักษณะมาตรวัด 3) สร้างเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4) การทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างตัวแทนประชากร 5) การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 6) การวิเคราะห์ข้อคำถามโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนของข้อคำถาม 7) เลือกข้อคำถามที่ควรจะคงไว้ในเครื่องมือวิจัย 8) การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย 9) ศึกษาความตรงของเครื่องมือวิจัยและ 10) การประเมินความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยอีกครั้งโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

3. คุณภาพของแบบประเมิน หมายถึง แบบประเมินซึ่งมีความแม่นยำในการวัดและให้ผลการประเมินที่น่าเชื่อถือ ประกอบด้วยความตรงของแบบประเมิน ความเที่ยงของแบบประเมิน และความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมินสมรรถนะไปใช้ กล่าวคือ 1) ความตรง (Validity) คือ คุณสมบัติของแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถวัดพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิได้อย่างถูกต้อง แม่นยำตรงตามแนวคิดของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ใช้วิธีตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ 2) ความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability) คือ คุณสมบัติของแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่สามารถวัดพฤติกรรมได้อย่างคงที่สม่ำเสมอ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient 3) ความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมินสมรรถนะไปใช้ คือ เครื่องมือ “แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ” ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้ง

ด้านความตรงและความเที่ยง โดยแบบประเมินผ่านตามเกณฑ์ ข้อกำหนดในทุกๆด้าน ข้อรายการสมรรถนะที่วัดพฤติกรรมการแสดงออกด้านการพยาบาลดูแลแบบประคับประคอง สามารถนำไปใช้วัดประเมินและจำแนกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพได้จริง

4. ผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง ประเมินสมรรถนะจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1ท่าน, พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 3 ท่าน , อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน

5. พยาบาลวิชาชีพ คือ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานการดูแลแบบประคับประคอง 5ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิ

6. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็นสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ โดยมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป เหมาะสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน เป็นสถานที่หลักซึ่งผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายเพื่อประคับประคองอาการไปจนกระทั่ง เกิดการเสียชีวิต มีการใช้เครื่องมือพิเศษและใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย เป็นสถานศึกษาและแหล่งฝึก ปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสำหรับแพทย์เฉพาะทาง โดยประกอบด้วยหอผู้ป่วยต่างๆที่ให้การรักษพยาบาลแก่ผู้ป่วยและมีบุคลากรทางการแพทย์หมุนเวียนเพื่อดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นเครื่องมือประกอบในการประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองและประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
2. ได้ข้อมูลพื้นฐานของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับงาน
3. เป็นข้อมูลในการให้ผู้บริหารนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานให้กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพในการพยาบาลมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการวิจัย สรุปสาระที่สำคัญและนำเสนอตามลำดับ

1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 1.1 ลักษณะหน้าที่ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะและสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ
 - 3.2 คุณลักษณะและประเภทของสมรรถนะ
 - 3.3 การกำหนดสมรรถนะ
 - 3.4 สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
4. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะ
 - 4.2 ประเภทของการวัดและการประเมินสมรรถนะ
 - 4.3 รูปแบบการประเมินสมรรถนะ
 - 4.4 เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ
 - 4.5 การสร้างและการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ
 - 4.6 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน
5. แนวคิด ทฤษฎีการวิเคราะห์ตัวประกอบ
 - 5.1 ความหมายของการวิเคราะห์ตัวประกอบ
 - 5.2 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบ
 - 5.3 วิธีการและขั้นตอนการวิเคราะห์ตัวประกอบ
 - 5.4 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการขยายตัวของกาให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆทั้งใน ส่วนของบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพ ในด้านการรักษาพยาบาล เบื้องต้นการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคโดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชน มากที่สุดและมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัยที่กระจายอยู่ทุกตำบลและ โรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงหรือระดับตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษและต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โรงพยาบาล เป็นสถานที่ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ มีการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งในโรงพยาบาลและ ชุมชนและดำเนินงานด้านสาธารณสุขครอบคลุมทุกมิติสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมไปถึง การศึกษาค้นคว้าและการวิจัยที่สัมพันธ์กับการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึง เป็นสถานที่บริการสุขภาพขนาดใหญ่ที่มีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไปเหมาะสำหรับ ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน โดยเป็นสถานศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติงาน สำหรับนักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากสถาบันการศึกษาต่างๆและสำหรับแพทย์เฉพาะทางมีการใช้เครื่องมือ พิเศษและใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2549)

กระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งระดับของโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2550) ดังนี้

1) บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ บุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่าง ใกล้ชิดโดยมีความซับซ้อนทางวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มาก แต่ซับซ้อนทางมนุษยวิทยาและ สังคมวิทยา มีความเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านการส่งเสริม สุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูร่างกาย รวมไปถึงการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคเพื่อแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

2) บริการระดับทุติยภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนทางวิทยาการและ เทคโนโลยีทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองและ วินิจฉัยโรคเพื่อควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพและการฟื้นฟูร่างกายประกอบด้วยเทคโนโลยีและ บุคลากรทางเวชกรรมและทันตกรรม โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3) บริการระดับตติยภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพที่ต้องมีองค์ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเพื่อควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพและการฟื้นฟูร่างกาย ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและบุคลากรทางเวชกรรมและทันตกรรมตลอดเวลา โดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีการจัดแบ่งสัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานบริการเป็น 3 ระดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ดังนี้

1) การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care level) คือ การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆและแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจากนี้ในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในชุมชนแล้ว เป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและไม่มีลักษณะของการให้บริการแบบองค์รวมในระดับครอบครัว ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และร้านขายยา

2) การจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) คือการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญปานกลาง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐและเอกชน

3) การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care level) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

สรุป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ที่มีเตียงรองรับผู้ป่วยตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป และเหมาะสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือพิเศษ และใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

1.1 ลักษณะหน้าที่ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ลักษณะงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประกอบด้วย งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลในลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา ด้านการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ทั้งนักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางเทคนิคด้านต่างๆ และด้านการวิจัยที่มีการพัฒนาความสามารถของแพทย์ประจำ

โรงพยาบาลให้มีความรู้ในทุกสาขาวิชาในด้านความชำนาญเฉพาะโรค โดยภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่หมุนเวียนดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลมีการจำแนกตามลักษณะของผู้ป่วยเป็นแผนกต่างๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมศัลยกรรมกระดูก สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก แผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยพิเศษ (กุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2544)

สรุป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่หมุนเวียนดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และมีหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีการจำแนก ตามลักษณะอาการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรคเป็นแผนกต่างๆ

2. บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง

(วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตียิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) มีดังนี้

1) พยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ (nurse as an information provider) การได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ การวางแผนการรักษา สถานะของโรค วิธีการจัดการกับอาการต่าง ๆ ซึ่งการได้รับข้อมูลเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติก้าวข้ามความทุกข์ทรมานจากภาวะคุกคามของโรค สามารถเผชิญต่อ เหตุการณ์ได้อย่างสงบ และสามารถวางแผนในอนาคตได้

2) พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (nurse as a care) ในที่นี้หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างมีคุณภาพ ในการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดและอาการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลายจากความทรมานจากอาการต่างๆ มากที่สุด รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวล โดยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

3) พยาบาลในฐานะผู้ประสานงาน (nurse as a care coordinator) พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับ ทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การรักษาแหล่ง ประโยชน์ต่างๆ เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ การสื่อสารรวมถึงความขัดแย้งไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งภายในครอบครัวผู้ป่วยหรือช่องว่างในการสื่อสารภายในทีมสุขภาพหรือภายในครอบครัวของผู้ป่วย

4) พยาบาลในฐานะผู้ฟัง (nurse as an active listener) ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตการสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำพูด การใช้เทคนิคการฟัง การยอมรับ ด้วยการพยักหน้า สบตา การสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้ว่าพยาบาลมีความสนใจในการรับฟัง ปัญหาและความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความเครียด ความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญจาก อาการของโรคและการดูแลรักษา

5) พยาบาลในฐานะผู้สนับสนุน (nurse as a supporter) พยาบาลมีบทบาท สำคัญในการ เป็นผู้สนับสนุนให้ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึง การวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแสดงความคิดเห็นในเรื่องของ การดูแลผู้ป่วยซึ่ง จะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

6) พยาบาลในฐานะผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (nurse as environment facilitator) การจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้การดูแลในเรื่องนี้ เพื่อการสร้างบรรยากาศในการดูแล ให้ผู้ป่วย และญาติมีความรู้สึกอบอุ่น สุขใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สงบช่วยให้ ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงความต้องการทางจิตวิญญาณได้ ส่งเสริมการตายอย่างสงบ ความรู้สึกสูญเสียการควบคุมจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้พยาบาลควรเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาอยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายมีการยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยมและอนุญาตให้ ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อและศาสนา

ลัดดาวลย์ สิงห์คำฟู (2557) กล่าวถึงบทบาทการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง ดังนี้

1) พยาบาลเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล โดยระบุความต้องการในการดูแลแบบ ประคับประคองของผู้ป่วยด้วยการคัดกรองผู้ป่วยด้านอาการรบกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรง จากโรคหรือโรคร่วมที่รุนแรงและภาวะทางจิตสังคม มีการ คาดการณ์อายุน้อยกว่า 12 เดือน ผู้ป่วยและครอบครัวกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาหรือต้องการการ ดูแลแบบประคับประคอง และมีการประเมินความสามารถทางด้านร่างกายโดยใช้เครื่องมือ Palliative Performance Scale และใช้เครื่องมือ The Edmonton Symptom Assessment tool ประเมินกลุ่มอาการรบกวนต่าง ๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ

2) บรรเทาอาการรบกวนทางร่างกาย การตอบสนองความต้องการพื้นฐานเช่นเดียวกับคนทั่วไป โดยการประคับประคองอาการต่างๆดูแลอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา จัดการอาการ ที่ทำให้ไม่สบายและทุกข์ทรมาน พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ ในการดูแลขั้นพื้นฐานร่วมกับการ ดูแลแบบผสมผสาน มีการสื่อสารที่สร้างความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยผ่าน พันจากอาการทุกข์ทรมานโดยเร็วที่สุด

3) การบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจและการแยกตัวออกจากสังคม โดยให้การพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวัง และสามารถปรับใจยอมรับกับเหตุการณ์ต่างๆได้เป็นอย่างดี พยาบาลจะต้องเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย อย่างรวดเร็วและช่วยเหลือตามความต้องการที่แท้จริง โดยให้ข้อมูลคำแนะนำที่ยืดหยุ่นการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น ให้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ยอมรับการ แสดงออกและตอบสนองต่อความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ

4) พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสาร ประสาน การดูแลอย่างเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนให้การพยาบาล ติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายการดูแลเป็นการบรรเทาอาการ เพื่อหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน มีการใช้ทักษะในการสื่อสารในทีมการรักษาและกับครอบครัว ผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย เป็นผู้ฟังที่ดี รู้จักสังเกต เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม มีการช่วยเตรียมผู้ใกล้ชิดในครอบครัวก่อนเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย การดูแลจะรวมถึงช่วงเวลาที่ครอบครัวโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยและให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปหลังจากผู้ป่วยตายจากไปแล้ว

5) การช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุถึงคุณภาพชีวิต ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความเจ็บปวดออกมาอย่างอิสระให้มากที่สุดเพื่อช่วยคลายความกังวล ชี้แนะวิธีการมองปัญหา และแก้ไขปัญหามีเหตุผลแสดงความคิดเห็นไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยตายอย่างโดดเดี่ยว โดยการสัมผัส รับฟังปัญหา ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกันมากที่สุด คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย มีความซื่อสัตย์ บรรเทาความวิตกกังวล การกลัวการพรากจากและความตายที่จะมาเยือน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง ช่วยให้ดำเนินช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

6) การช่วยเหลือครอบครัว ภาวะใกล้ตายหรือการตายมีผลต่อครอบครัวในการเผชิญกับการสูญเสีย อาจแสดงปฏิกิริยาออกมาในรูปแบบความเศร้า โกรธ ผิด วิตกกังวล พยาบาลต้องเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น มีการติดต่อสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอมีความยืดหยุ่น เช่น ให้ญาติเฝ้าหรือเข้าเยี่ยมใกล้ชิด การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา พยาบาลต้องเตรียมญาติให้พร้อมในการเข้าหาผู้ป่วย การดูแลญาติและครอบครัว ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วยในด้านต่างๆและการดูแลเพื่อตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยให้ความรู้และสอนการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ตลอดจนการประคับประคองผู้ดูแลและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับครอบครัวและผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญและมีหน้าที่โดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ ในวาระสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผ่านภาวะทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การช่วยให้ผู้ป่วยตายดีเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายด้วยจิตใจที่สงบ สมศักดิ์ศรี ทำงานด้วยความมีมนุษยธรรม ด้วยหัวใจ ด้วยสมองด้วยการมีอารมณ์ที่พึงพอใจและมีความจริงใจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่เกิดการตายดี นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการพัฒนานำแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ของพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตาม ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาล ต้องถึงพร้อมด้วยทักษะและสมรรถนะต่างๆ ผู้บริหารการพยาบาลที่มีหน้าที่จัดการพัฒนาสมรรถนะ ด้านนี้ให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่าง เพียงพอและถึงพร้อมด้วยสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงมีความเข้าใจในปัญหาของ ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถ่องแท้จะสามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไปในทิศทางที่ ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงได้รับการดูแลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

3. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะและสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

3.1 ความหมายของสมรรถนะ

มีการให้ความหมายคำว่า สมรรถนะจากมุมมองต่างๆดังนี้ กฤษมันต์ วัฒนาณรงค์ (2553) กล่าวว่า สมรรถนะแปลมาจากคำว่า Competence หรือ Competency ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการทำบางสิ่งได้เป็นอย่างดี (the ability to do something well : จาก Longman Dictionary) (ถ้าเป็นพหูพจน์ คำว่า “Competences” เป็นคำที่ใช้ในสหราชอาณาจักร ส่วนคำว่า “Competencies” ใช้ในสหรัฐอเมริกา)

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์ (2553) ให้ความหมายของสมรรถนะ(Competency) หมายถึงความสามารถ ศักยภาพ สมรรถนะ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่ง Competency เป็นการ กระทำหรือการแสดงออกของบุคลากรในองค์การโดยมีความเชื่อว่า Competency จะส่งผลต่อ ผลลัพธ์หรือ Key Performance Indicators (KPIs) ที่กำหนดขึ้นนั่นก็คือ Competency กับ KPIs 27 จะต้องมีค่าความสัมพันธ์เชิงบวก (Positive Correlation) ดังนั้น Competency จึงเป็น คุณสมบัติ หรือปัจจัยการประเมินที่มักนิยมใช้เพื่อวัดความสามารถของบุคลากรในปัจจุบัน และการเตรียมความพร้อมของพนักงานในอนาคตด้วยเช่นกัน

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2555) กล่าวว่า สมรรถนะ (competency) เป็นที่จำเป็นใน การปฏิบัติงานของบุคคลทุกสาขาอาชีพ สมรรถนะของบุคคลไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เป็นผลมา จากการศึกษาอบรมและประสบการณ์ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละวิชาชีพ ย่อมไม่เหมือนกัน แม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพเดียวกัน แต่มีความแตกต่างด้านบริบท และตำแหน่งงาน สมรรถนะของ ผู้ปฏิบัติงานย่อมแตกต่างกัน

ในมุมมองของวิชาชีพพยาบาล มีการศึกษาสมรรถนะมากขึ้น สำนักการพยาบาลโดย ดนุลดา จามจูลี (2552) ได้ให้ความหมายของ สมรรถนะ (competency) คือ คุณลักษณะเชิง พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ/ ความสามารถและคุณลักษณะอื่นที่ทำให้บุคคลสามารถ

สร้างผลงานได้โดดเด่นในองค์กร เป็นคุณลักษณะต่างๆ ของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นจะปฏิบัติงานได้อย่างโดดเด่นในงานหนึ่งๆ

สรุปความหมายของสมรรถนะ หมายถึง พฤติกรรมสำคัญที่หน่วยงานต้องการเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยพฤติกรรมนั้นแสดงให้เห็นถึงความรู้ (Knowledge) ความสามารถ (Ability) ทักษะ (Skills) และคุณลักษณะ (Characteristic) อื่นๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณลักษณะพื้นฐานของบุคคลนี้จะปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม (behavior) ซึ่งสามารถวัดหรือสังเกตได้

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะของ David C. McClelland (1973 อ้างถึงใน สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2549) ได้ให้คำจำกัดความของ Competency ว่า คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้น สร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ มีองค์ประกอบ 5 ส่วน คือ

3.2.1 ทักษะ (Skills) คือ สิ่งที่บุคคลกระทำได้ดีและฝึกปฏิบัติเป็นประจำ จนเกิดความชำนาญ หรือที่เรียกว่า ทำให้เกิดทักษะ เช่น ทักษะการฉีดยา ทักษะการขับรถ เป็นต้น

3.2.2 ความรู้ (Knowledge) คือ ความรู้เฉพาะด้านของบุคคล เช่น ความรู้ด้านวิชาชีพการพยาบาล ความรู้ด้านภาษาอังกฤษ ความรู้ทางด้านคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

3.2.3 มโนทัศน์ของตน (Self-concept) คือ ทศนคติ ค่านิยม ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนหรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเป็น เช่น คนที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะเชื่อว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

3.2.4 ลักษณะเฉพาะ (Trait) คือ บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นสิ่งที่อธิบายถึง บุคคลผู้นั้น เช่น เขาเป็นคนที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ หรือเขามีลักษณะเป็นผู้นำ

3.2.5 แรงจูงใจ (Motive) คือ แรงจูงใจหรือแรงขับภายในซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่สิ่งที่เป็นเป้าหมายของเขา เช่น บุคคลที่มุ่งผลสำเร็จมักชอบตั้งเป้าหมายที่ท้าทายและพยายามทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตลอดจนพยายามปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเองตลอดเวลา

จากองค์ประกอบของสมรรถนะ สามารถจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่สังเกตเห็นได้คือ ทักษะและความรู้ ซึ่งเป็นส่วนที่พัฒนาได้ง่าย และกลุ่มที่ซ่อนเร้นยากที่จะรับรู้ คือ มโนทัศน์ของตน ลักษณะเฉพาะของบุคคล และแรงจูงใจภายใน ซึ่งเป็นส่วนที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคลอย่างมากและป็นส่วนที่ยากแก่การพัฒนา ดังนั้น สมรรถนะจึงประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เห็นรวมถึงองค์ประกอบที่เป็นที่มาของพฤติกรรมนั้นและ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย มาใช้เพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาล ให้เป็นไป

อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อผู้รับบริการสูงสุด เกิดความปลอดภัยและ ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น

3.3 การกำหนดสมรรถนะ

ชูชัย สมितिไกร (2552) กล่าวว่า การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน มักจะมีรูปแบบในการดำเนินการ 2 รูปแบบ คือ

3.3.1 ใช้บริการบริษัทที่ปรึกษา เช่น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้ว่าจ้างบริษัทเฮย์กรุป ในการจัดทำตัวแบบสมรรถนะ (competency model) ของข้าราชการไทย

3.3.2 กำหนดขึ้นเองภายในองค์การ ซึ่งการกำหนดด้วยตนเองภายในองค์การนั้น ผู้ที่กำหนดสมรรถนะที่จำเป็น ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา ผู้ที่มีประสบการณ์ หรือกำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง นั้น หรือผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตำแหน่งนั้น เป็นต้น

วิธีกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน สามารถกระทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้ (อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์, 2547 อ้างใน ชูชัย สมितिไกร, 2552)

1) การกำหนดสมรรถนะ โดยการเชื่อมโยงกับกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ (strategic management process approach) เป็นวิธีการที่มักจะนำมาใช้กับองค์การ โดยเริ่มจากการกำหนดวิสัยทัศน์ (vision) พันธกิจ (mission) ขององค์การ นำมากำหนดเป้าหมาย (goal) และวัตถุประสงค์ (objective) ขององค์การ จากนั้นนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์ (strategy) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และเป็นไปตามวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ แล้วจึงกำหนดสมรรถนะหลักขององค์การลงมาสู่สมรรถนะของแต่ละแผนก หลังจากนั้นจึงกำหนดเป็นสมรรถนะของบุคลากรในองค์การซึ่งจะประกอบด้วย สมรรถนะหลักและสมรรถนะตามสายงาน

2) การกำหนดสมรรถนะโดยใช้วิธีการประเมินสมรรถนะในงาน (job competency assessment methodology: JCA)

ข้อดีของวิธีการนี้ คือ มีการพิสูจน์ที่เป็นเหตุเป็นผลว่าสมรรถนะที่ได้มานั้นสามารถที่จะจำแนกความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานสูง ออกจากผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานปกติ ได้อย่างแท้จริง นอกจากนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายวิธีการ จะทำให้ลดอคติที่อาจเกิดขึ้น จากการประเมินสมรรถนะของบุคลากรลงได้ ข้อเสียคือเป็นวิธีการที่เน้นไปที่งานและผู้ปฏิบัติงาน จึงมีความเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ทางธุรกิจไม่มากพอและต้องใช้ผู้ที่มีความรู้ทางจิตวิทยา เนื่องจากกระบวนการส่วนหนึ่งใช้การวัดทางจิตวิทยาร่วมด้วย อีกทั้งใช้เวลาในการจัดทำมากพอสมควร

3) การใช้ผู้เชี่ยวชาญ (subject matter expert: SME) ผู้เชี่ยวชาญในที่นี้อาจเป็นผู้ ที่ทำงานในตำแหน่งนั้นจริงๆ หรือผู้ที่ชำนาญในงานที่ใกล้เคียง เป็นผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะที่ จำเป็นในการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้น ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การประชุมร่วมกัน การระดมสมอง

(brainstorming) การวิเคราะห์หน้าที่หลัก (Functional analysis) หรือการวิเคราะห์งาน การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (critical incident technique) เป็นต้น

ข้อดี คือ ทำให้ได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้กับตำแหน่งงานหรืองานที่ไม่เคยมีการกำหนดสมรรถนะ อีกทั้งยังเป็นวิธีการเบื้องต้นที่ดีก่อนใช้วิธีการอื่นๆ ซึ่งเสียเวลาและค่าใช้จ่ายไม่มากนัก ส่วนข้อเสียคือ การขอความร่วมมือจากหลายบุคคลหลายฝ่าย เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากพอสมควร ประการสำคัญคือ เป็นวิธีการที่ไม่มีการพิสูจน์และตรวจสอบความตรง (validity) ของสมรรถนะให้ชัดเจน อีกทั้งค่าสถิติ ที่แสดงถึงความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญในระดับสูง อาจจะไม่ได้ชี้ให้เห็นถึงความตรง (validity)

4) การใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) มีแหล่งที่มาดังนี้

4.1) วารสารทางวิชาการ ซึ่งมีข้อดีคือ จะมีความเป็นวิชาการมีเหตุมีผลและมีหลักฐานรองรับแต่ก็มีข้อเสียคือจะอ่านยากสำหรับผู้ที่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอและมักเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศ

4.2) ฐานข้อมูลด้านอาชีพ จัดทำโดยหน่วยงานราชการของสหรัฐอเมริกาแต่มีข้อมูลไม่ครอบคลุม จะระบุเฉพาะหน้าที่ที่ต้องทำในงานหรืออาชีพนั้นๆ

4.3) ข้อมูลในองค์การได้จากข้อมูลที่มีในองค์การ เช่น แฟ้มประวัติพนักงานผลการทดสอบที่มีอยู่หรือข้อมูลที่ได้จากตัวแปรเกณฑ์ เช่น ผลการปฏิบัติงาน จากนั้นนำข้อมูลเหล่านี้มา วิเคราะห์ในลักษณะของการวิจัย หลังจากทราบข้อเท็จจริง (expost facto research) โดยองค์การ ต้องตั้งตัวแปรเกณฑ์ที่องค์การปรารถนาให้ชัดเจน เพื่อจะได้สามารถแยกแยะระหว่างผู้ที่ปฏิบัติงานดีเด่น ออกจากผู้ที่ปฏิบัติงานปกติ จากนั้นนำมาพิจารณาประกอบกับการใช้หลักเหตุผลและวิจารณ์ญาณ หากตัวแปรใดสามารถจำแนกผลการปฏิบัติงานที่ดีและไม่ดีออกจากกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ น่าจะเป็นสมรรถนะสำหรับตำแหน่งงานนั้นๆ หรือพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์, 2548)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดสมรรถนะด้วยวิธีการใช้ข้อมูลทุติยภูมิโดยการทบทวน แนวคิดวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้สมรรถนะตามสายงาน (Functional Competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองบูรณาการ สร้างข้อรายการสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามไปถามความคิดเห็นเพื่อหาความสำคัญของสมรรถนะแต่ละรายการ จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนของประชากร และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งสมรรถนะที่มีความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง

3.4. ความสำคัญของสมรรถนะ

ซูซีย์ สมิทธิไกร (2552) ได้กล่าวถึงความสำคัญของสมรรถนะต่อการปฏิบัติงาน ของบุคลากรและองค์กร ดังนี้

3.4.1 ช่วยให้องค์กรสามารถคัดสรรบุคคลที่มีคุณลักษณะที่ดีทั้งทางด้าน ความรู้ ทักษะและความสามารถ ตลอดจนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับงาน เพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จตาม ความต้องการขององค์กรอย่างแท้จริง

3.4.2 ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงระดับความรู้ ทักษะ และความสามารถของ ตนเองว่าอยู่ในระดับใด และจำเป็นต้องพัฒนาในเรื่องใด ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมาก ขึ้น

3.4.3 นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาฝึกอบรมพนักงานในองค์กร

3.4.4 ช่วยสนับสนุนให้ตัวชี้วัดหลักของผลงาน (Key Performance Indicators: KPIs)บรรลุเป้าหมาย เพราะสมรรถนะจะเป็นตัวบ่งบอกได้ว่าถ้าต้องการให้บรรลุ เป้าหมาย KPIs แล้ว จะต้องใช้สมรรถนะใดบ้าง

3.4.5 ช่วยให้การหล่อหลอมสมรรถนะขององค์กรประสบความสำเร็จเร็ว ยิ่งขึ้น เพราะถ้าพนักงานทุกคนปรับสมรรถนะของตนเองให้เข้ากับมาตรฐานที่องค์กรกำหนด ตลอดเวลา แล้วในระยะยาว ก็จะสามารถส่งผลให้เกิดเป็นสมรรถนะเฉพาะขององค์กรนั้นๆ

3.5 สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของ พยาบาลวิชาชีพพบว่าได้มี การกำหนดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลจาก หน่วยงาน องค์กรวิชาชีพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน ใน บางข้อสมรรถนะ ได้แก่ แนวคิดของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2558), The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework (2017), The European Association for palliative care (EAPC, 2013)) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.5.1 ขอบเขตและสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

3.5.1.1. สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของ สภาการพยาบาล (2558)

สมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติ ความรู้ ความ เข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยใช้ปรัชญาของการดูแลแบบ ประคับประคอง กระบวนการพยาบาล ตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ ประเมินผล ปรับปรุงให้มี ประสิทธิภาพและ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต

สมรรถนะที่ 2 การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน มีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด โดยใช้เครื่องมือในการประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจถึงกลไกการเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้ง การใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมความสบาย ติดตามผล การบำบัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการตายสามารถเตรียมความพร้อม สำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความรู้ความเข้าใจอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการอาการและความโศกเศร้าที่เกิดขึ้น

สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะโศกเศร้าการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความโศกเศร้า เข้าใจความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความโศกเศร้า การประเมินความสูญเสีย/ความโศกเศร้า ช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความโศกเศร้าได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจ หลักคิด แนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต มีทักษะในการสื่อสารเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทราบความจริงและข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน รวมถึงการให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงาน และร่วมกับสหวิชาชีพในการจัดประชุมครอบครัวรวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผน การรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้ายและต่อเนื่องจนกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

สมรรถนะที่ 6 จริยธรรมและกฎหมาย มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง จรรยาบรรณ วิชาชีพและกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ ความรู้ดังกล่าว มาใช้ในการบริหารจัดการได้

สมรรถนะที่ 7 ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือผู้ป่วยและ

ครอบครัวให้ปฏิบัติ และแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล

สมรรถนะที่ 8 การประสานงานร่วมทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษา พยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยและสหสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งสร้างความไว้วางใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 9 การสอนและให้ความรู้ สามารถส่งเสริม ครอบครัว นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.5.1.2 The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework (2017)

สมรรถนะที่ 1 ด้านการเข้าใจหลักการและปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองและวิธีการเริ่มต้นในระยะแรกของการเจ็บป่วย สนับสนุนการใช้แนวทางการดูแลความมีศักดิ์ศรี ระบุผู้ป่วยที่อาจได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคอง เข้าใจบทบาทของทีมสหวิชาชีพและหน้าที่ของศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบพิเศษปรึกษาทีมรวมทั้งอาสาสมัคร

สมรรถนะที่ 2 ด้านความปลอดภัยทางวัฒนธรรม แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมในประเด็นสำคัญ ๆ ในการประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้าย เปิดกว้างและมีความเข้าใจต่อค่านิยมและการปฏิบัติทางสังคมจิตวิญญาณและวัฒนธรรมที่อาจมีผลต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ระบุว่าใครเป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่จะประคับประคองและตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวตามประสบการณ์ที่แตกต่างกัน สำรวจความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวด้านความต้องการทางวัฒนธรรมและศาสนาความเชื่อและความพึงพอใจกับระยะสุดท้ายของชีวิต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตทางศาสนา วัฒนธรรมและจิตวิญญาณพิธีกรรมและความเชื่อระยะสุดท้ายของชีวิต

สมรรถนะที่ 3 ด้านการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ความช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการการดูแลส่วนบุคคลเข้าใจถึงความต้องการด้านการดูแลของผู้ที่มีภาวะเครียดเรื้อรังและอ่อนแอ เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองให้มากที่สุด เพิ่มประสิทธิภาพศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลอย่างใกล้ชิด และอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ เคารพสิทธิของผู้ป่วยทุกรายและช่วยแก้ปัญหาและการยอมรับการปฏิเสธของผู้ป่วย วางแผนการดูแลโดยส่งต่อพยาบาลที่ชำนาญการ ดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วยในการดูแล เข้าใจถึงวิธีเลือกตัดสินใจและบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความตระหนักในการ

ตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมีเมตตาและติดตามความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือมีส่วนร่วมในการดูแลได้ เป็นมาตรฐานสูงสุดในการดูแลรักษาศักดิ์ศรีความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยและภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การทำความรู้จักกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกันตามประเพณีวัฒนธรรมและศาสนา ให้การดูแลเฉพาะทางที่ระบุไว้ในแผนการดูแลภายในขอบเขตของปฏิบัติและสอดคล้องกับนโยบายและขั้นตอน

สมรรถนะที่ 4 ด้านการดูแลครอบครัว มีส่วนร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองพยายามทำความเข้าใจในระดับความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไว้ต่อความปรารถนาของครอบครัวสนับสนุนครอบครัวในการยอมรับในการดูแลและติดตามคุณภาพของการดูแลด้วย

สมรรถนะที่ 5 ด้านการสังเกตเหตุการณ์ที่กำลังดำเนินอยู่ แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนและความเข้าใจครอบครัว ว่าการไปเยี่ยมคนที่ตนกำลังจะตายนั้นเป็นเรื่องที่ทำหายโดยตระหนักถึงสัญญาณแห่งความทุกข์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนของการตายแก่สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใกล้ระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งครอบครัวจะต้องได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์ สังเกตสภาพร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยทุกวัน รายงานอาการเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

สมรรถนะที่ 6 ด้านการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต รับทราบและยอมรับว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยในการดูแลเป็นเรื่องที่เป็นธรรมชาติและหลีกเลี่ยงไม่ได้และเตรียมพร้อมอารมณ์สำหรับการสูญเสีย ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความตายและการตาย สืบหาความประสงค์ของผู้ป่วย โดยการฟังและตอบคำถาม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยกับที่ปรึกษาด้านจิตวิญญาณในเวลาที่เหมาะสมทำให้ครอบครัวมั่นใจว่าจะได้รับการแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยใกล้ตาย ดูแลความเป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศความปลอดภัย มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการเสียชีวิตและสัญญาณแสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และสื่อสารกับญาติและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย สังเกตระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ดูแลให้เกิดความสุขสบาย การดูแลในช่วงเวลาแห่งความตาย และดูแลตามความเหมาะสมทางด้านวัฒนธรรมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้การดูแลแบบสง่างามแบบเดียวกับตอนที่ยังมีชีวิตอยู่

สมรรถนะที่ 7 ด้านการติดต่อสื่อสาร สามารถติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับความต้องการด้านการดูแลความชอบ ด้านการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและคุณค่าทางวัฒนธรรมสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการพูดถึงความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยและตอบคำถามเกี่ยวกับความตายและความตายรับฟังและให้การดูแลอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะวิกฤติ การสนทนาในครอบครัวกับเด็กควรมี

การสื่อสารที่แตกต่างกัน ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลด้านการสื่อสาร ตอบสนองอย่างเหมาะสมกับผู้ที่ไม่พอใจกับบริการดูแลแบบประคับประคอง

สมรรถนะที่ 8 ด้านประเด็นด้านจริยธรรมและกฎหมาย แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในประเด็นด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ความเข้าใจในกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนทางเลือกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตตอบสนองความต้องการ ตามนโยบายความช่วยเหลือในการตาย

สมรรถนะที่ 9 ด้านการดูแลตนเองของพยาบาล โดยสำรวจทัศนคติของตัวเองเกี่ยวกับความตายการตายและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองความตระหนักถึงผลกระทบจากประสบการณ์ในอดีต ของความทุกข์ความตายที่ผ่านมา และการตายที่ต้องการเมื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง เข้าใจและมีส่วนร่วมในการจัดการทางอารมณ์ของตัวเองซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วย ตระหนักถึงความเมื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตัวเองและเพื่อนร่วมงาน ให้การช่วยเหลือและพูดคุยอย่างเหมาะสมมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่ช่วยป้องกันความเมื่อยล้าสามารถจัดการและรับมือกับผลกระทบของความตายและการตายของผู้ป่วย มีการจัดการด้านสนับสนุนทางอารมณ์และจิตวิญญาณ

สมรรถนะที่ 10 ด้านการศึกษาและประเมินผลมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคอง การเข้ารับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

3.5.1.3 The European Association for palliative care competency (EAPC, 2013)

สมรรถนะที่ 1 ด้านการประยุกต์ใช้องค์ประกอบหลักของการดูแลแบบประคับประคอง สถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ การดูแลควรจัดให้อยู่ตามทางเลือกของครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่จำเป็น ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วย เข้าใจถึงความสำคัญของทางร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้มีชีวิตอย่างจำกัดเงื่อนไขตระหนักถึงคุณค่าความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เหมาะสม ยอมรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสมในการดูแลในระยะใกล้ตาย

สมรรถนะที่ 2 ด้านเพิ่มความสะดวกสบายทางกายภาพของผู้ป่วย ความสะดวกสบายทางกายภาพเป็นองค์ประกอบสิ่งจำเป็นที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของคนที่มีความเจ็บป่วยในชีวิตและครอบครัวดีขึ้น ควรมีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมล่วงหน้า, การประเมินผล, มีการรักษาและการประเมินผลติดตามอาการทางกายภาพตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติทางคลินิกที่ ส่งเสริมการป้องกันความทุกข์ทรมาน ตามระดับประสบการณ์และความสามารถในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีผู้ป่วย

มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า และเตรียมแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

สมรรถนะที่ 3 ด้านตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยสามารถให้การสนับสนุนการพยาบาลและทักษะการดูแลทางด้านจิตใจที่ดี มีทักษะการประเมินผลมีการซักถามที่ละเอียดอ่อน ทักษะและการวินิจฉัยทางคลินิก มีการส่งต่อผู้ป่วยตามความต้องการ ให้การพยาบาลที่ดี มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีความสามารถในการส่งต่อ ให้การวินิจฉัยการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมให้การดูแลอย่างมีระบบ

สมรรถนะที่ 4 ด้านการตอบสนองความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยที่มีชีวิตจำกัด การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีได้ติดตามบริบททางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและประสบการณ์ในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสิทธิประโยชน์และสิทธิพิเศษจากการดูแลสุขภาพและสังคมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจัดการตัดสินใจด้วยตนเองตามความจำเป็น

สมรรถนะที่ 5 ด้านการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอันตรายต่อชีวิต สามารถสนับสนุนและเอาใจใส่อาจช่วยผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพที่เต็มใจมีความมั่นใจในการพูดคุยปัญหาทางจิตวิญญาณกับผู้ป่วยและครอบครัวถ้าต้องการ ผสมผสานการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวกับความต้องการทางจิตวิญญาณตามความเชื่อศาสนาในการวางแผนการดูแลตามทางเลือกตามต้องการเคารพสิทธิในชีวิตของผู้ป่วย เคารพในของวัฒนธรรม แนะนำทางเลือกตามค่านิยมอย่างเหมาะสม

สมรรถนะที่ 6 ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแล ตระหนักถึงความสำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจมีความเสี่ยงที่จะประสบกับความเครียดหรือท้อแท้จากภาระที่เพิ่มมากขึ้น รับทราบการตัดสินใจของผู้ดูแลและครอบครัว ความสัมพันธ์กับผลกระทบของการไม่ได้ทำงานและรายได้ของผู้ดูแลยอมรับบทบาทและความต้องการอื่นๆ สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลทางจิตใจและการสนับสนุนทางอารมณ์แยกต่างผู้ป่วยเมื่อจำเป็น ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลและในการมีปฏิสัมพันธ์กับสหสาขาวิชาชีพ การจัดการความขัดแย้งในครอบครัว การให้คำปรึกษาการเสียชีวิตระยะสั้นตามความเหมาะสม ระบุความต้องการการสูญเสียเสียที่ซับซ้อนและตามความเหมาะสม

สมรรถนะที่ 7 ด้านความท้าทายทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจในการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎหมายของประเทศและระหว่างประเทศตามความปรารถนาของผู้ป่วย เสริมสร้างความเป็นเอกภาพของผู้ป่วยตามหลักการจริยธรรม สนับสนุนผู้ป่วยในการแสดงออกถึงความชอบและความต้องการในช่วงการดำเนินโรค เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจ

สมรรถนะที่ 8 ด้านการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพมีความชัดเจน รับผิดชอบต่อบทบาทเฉพาะของทีมนสมาชิกและความรับผิดชอบในการประสานงานการดูแล ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สามารถระบุความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมที่แตกต่างกันในการวางแผนและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลครอบครัวให้มีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมที่สุด ตามความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน

สมรรถนะที่ 9 ด้านการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารทักษะที่เหมาะสม มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง ในการแจ้งข่าวร้ายและมีการตัดสินใจที่ยากลำบากเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องหรือการเพิกถอนความต้องการ เมื่อเกิดสถานการณ์ไม่ชัดเจน ส่งเสริมการสื่อสารที่ดีขึ้นภายในทีมและสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อร่วมงาน เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์ตามอายุ ความปรารถนาและความสามารถทางปัญญาแสดงถึงความเข้าใจในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์

สมรรถนะที่ 10 ด้านการพัฒนางานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การทำงานเข้าร่วมกิจกรรมทางการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อรักษาและพัฒนาตนเองและความสามารถทางวิชาชีพ ตระหนักในตนเองว่ามีความเหนื่อยหน่ายจากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยและขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลให้กับผู้อื่นในทีมตระหนักถึงความต้องการของเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในความทุกข์ทรมาน แต่ต้องระมัดระวังผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเองและผู้ดูแล

สรุปในการกำหนดสมรรถนะครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 3 แนวคิดจาก 11 รายด้านในข้างต้น พบว่าทุกแนวคิดมีสมรรถนะในแต่ละรายด้านที่สอดคล้องกันได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) สมรรถนะด้านการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน 3) สมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 4) สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียและการดูแลหลังการเสียชีวิต 5) สมรรถนะด้านการสื่อสารและให้คำปรึกษา 6) สมรรถนะด้านศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 7) สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย 8) สมรรถนะด้านการประสานงานร่วมทำงานเป็นสหวิชาชีพ 9) สมรรถนะด้านการสอนให้ความรู้ ส่วนสมรรถนะที่ 10 ด้านการดูแลเพื่อนร่วมวิชาชีพ สร้างความยืดหยุ่นในการบรรเทาความเศร้าโศก ปรากฏรวมอยู่ในสมรรถนะย่อยในด้านที่ 4 และด้านที่ 8 สมรรถนะที่ 11 ด้านการศึกษาการวิจัยประเมินผลปรากฏรวมอยู่ในสมรรถนะย่อยในด้านที่ 9 ดังนั้น จึงสังเคราะห์ได้ทั้งหมด 9 ด้าน (ข้อรายการย่อยแสดงในภาคผนวก ข) ดังตารางแสดง

ตารางที่ 1 สรุปแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิด	สภาการพยาบาล 2558	EAPC, 2013	TNSPCCF, 2017
สมรรถนะรายด้าน			
1.การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	✓	✓	✓
2.การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน	✓	✓	✓
3.การดูแลในระยะใกล้ตาย	✓	✓	✓
4.การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียและการดูแลหลังการเสียชีวิต	✓	✓	
5.การสื่อสารและการให้คำปรึกษา	✓	✓	✓
6.ศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม	✓	✓	✓
7.จริยธรรมและกฎหมาย	✓	✓	✓
8.การประสานงานร่วมทำงานเป็นสหวิชาชีพ	✓	✓	✓
9.การสอนให้ความรู้	✓	✓	
10.ดูแลเพื่อนร่วมวิชาชีพ สร้างความยืดหยุ่นในการบรรเทาความเศร้าโศก			✓
11.การศึกษาคำวิจัยประเมินผล			✓

4. แนวคิดการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ

4.1. แนวคิดและทฤษฎี ความหมายของการประเมินสมรรถนะ

4.1.1 การประเมินสมรรถนะ (Competency Assessment) หมายถึง กระบวนการประเมิน ความรู้ ความสามารถทักษะ และพฤติกรรมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะที่องค์กรคาดหวังในตำแหน่งงานนั้นๆ ว่าได้ตามที่คาดหวังหรือมีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด การประเมินสมรรถนะต้องมีการสังเกตพฤติกรรมการทำงาน จดบันทึก และประเมินผลการปฏิบัติงาน จดบันทึก และประเมินผลการปฏิบัติงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

จุดประสงค์ของการประเมินสมรรถนะ คือ เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะต่างๆของ ผู้ปฏิบัติงานและนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการคัดเลือก บรรจุเข้าทำงาน บรรจุในตำแหน่งที่เหมาะสมกับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน จ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับระดับสมรรถนะและผลการ ปฏิบัติงาน พัฒนาความรู้ความสามารถและการปรับปรุงการทำงาน วางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในงาน รวมทั้งพิจารณาความดีความชอบและให้ข้อมูลป้อนกลับในทางสร้างสรรค์แก่ผู้ปฏิบัติงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 55)

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO (มัลลิกา โฆษิตชัยมงคล, 2546) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะ หมายถึง กระบวนการซึ่งใช้กิจกรรมการประเมิน เพื่อยืนยันความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องตรงตามเป้าหมายการประเมินสมรรถนะเป็นการวัดคุณลักษณะ ภายในของบุคคลซึ่งเป็นการวัดทาง จิตวิทยา (Psychological measurement) ไม่สามารถสังเกตได้ โดยตรงเหมือนการวัดทางกายภาพ (Physical measurement) ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจาก พฤติกรรมที่สังเกตได้และนำไปสรุปอ้างอิงเป็นค่าของคุณลักษณะภายใน (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2548)

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์ (2556) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะ หมายถึง กระบวนการในการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ และพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในขณะนั้นเปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะที่องค์กรคาดหวังในตำแหน่งงานนั้นๆ ว่าได้ตามที่คาดหวังหรือมีความแตกต่างกันอย่างไร เกณฑ์ประเมินสมรรถนะหรือเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติงานที่ดี มีความครอบคลุมพฤติกรรมการทำงาน (Behaviors) และผลงาน (Task outcomes) มีความเป็นธรรม มีความชัดเจน มีคำอธิบายผลการปฏิบัติงานแต่ละระดับ และระบุการให้คะแนนผลการปฏิบัติงานแต่ละระดับ รวมทั้งเกณฑ์ตัดสินระดับคุณภาพผลการปฏิบัติงาน ผู้รับการประเมินควรได้รับการชี้แจง รายละเอียดของการเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อจะได้พัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะตาม เกณฑ์ประเมิน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

จากความหมายการประเมินสมรรถนะข้างต้น สรุปได้ว่า การประเมินสมรรถนะหมายถึง กระบวนการในการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ และพฤติกรรมการทำงานของบุคคลเปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะที่องค์กรคาดหวังในตำแหน่งงานนั้นๆ ว่าได้ตามที่คาดหวังหรือมีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด เพื่อยืนยันความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบการวัดและการประเมินผล และเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริค เพื่อนำมาออกแบบลักษณะการวัดและการประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ดังนี้

4.1.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวัดประเมิน

4.2.1.1 ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (Classical test Theory) กล่าวว่า การวัดมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้เสมอ ค่าที่วัดได้จึงไม่ใช่ค่าที่เป็นจริง ซึ่งค่าความคลาดเคลื่อนจากการวัดน้อยลงเท่าไร ค่าที่ได้จากการวัดก็จะใกล้เคียงกับค่าที่เป็นจริงมากขึ้นเท่านั้นซึ่งเน้นการ ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่สังเกตได้กับคะแนนที่แท้จริง โดยการวิเคราะห์คุณภาพรวม ของข้อสอบและแบบสอบ

4.2.1.2 ทฤษฎีการทดสอบแนวใหม่ (Modern test Theory) มุ่งเน้นการขยายแนวคิดของทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิมให้มีขอบเขตที่ชัดเจน ปรับข้อตกลงเบื้องต้นให้สมจริงเพื่อให้ได้แนวทางการวัดที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ซึ่งมีพัฒนาการที่สำคัญ 2 แนวทาง ได้แก่

- ทฤษฎีการสรุปอ้างอิงทางการสอบ (Generalizability Theory)
- ทฤษฎีการตอบสนองข้อสอบ (Item Response Theory)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้หลักการสร้างเครื่องมือบนพื้นฐานของทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิมซึ่งมีการสมมุติว่าคะแนนที่ได้จากการวัดมาจากความสามารถและความคลาดเคลื่อนของการวัดประเมิน

4.2 ประเภทการวัดการประเมินสมรรถนะ

วิธีการหรือเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ประเมินสมรรถนะมีหลายวิธี ดังต่อไปนี้ (อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์, 2547 อ้างใน ชูชัย สมธิธิไกร, 2552)

4.2.1 ข้อมูลประวัติการทำงาน (biographical data) จะช่วยในการประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถได้บ้างว่าบุคคลนั้นเคยปฏิบัติงานใดมาบ้าง

4.2.2 ระเบียบพนักงาน (employee record) เป็นการรวบรวมประวัติพนักงาน รวมถึงคุณสมบัติบางประการซึ่งช่วยให้เห็นลักษณะนิสัย ในการทำงานบางอย่างของพนักงานได้ บางองค์การอาจรวมผลการปฏิบัติงานไว้ด้วย

4.2.3 การประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance appraisal) ผลการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆคือ

4.2.3.1 ผลการปฏิบัติงานในเนื้องาน (task performance) จะเกี่ยวข้องกับ ทักษะ ความรู้และความสามารถ

4.2.3.2 พฤติกรรมนอกเหนือจากหน้าที่ (context performance) คือ พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร เช่น ช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งการประเมินลักษณะนี้จะมี ความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพมากกว่า แต่การประเมินสมรรถนะจากผลการปฏิบัติงานนี้ควรทำอย่าง ระมัดระวัง เนื่องจากยังไม่มีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานนั้นคือแรงจูงใจ แม้ว่าบุคลากรจะมีความรู้ ทักษะ ความสามารถ แต่หากขาดแรงจูงใจก็อาจทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่ดีได้

4.2.4 การสัมภาษณ์งาน (interview) ทำให้ได้ข้อมูลมากพอสมควรแต่ต้องคำนึงถึง ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความตรง (validity) ของการสัมภาษณ์ด้วย เช่น ประเภทการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น

4.2.5 Assessment Center เป็นการรวบรวมเทคนิคทางจิตวิทยาหลายอย่างเข้าด้วยกัน จึงมักใช้ในการประเมินสมรรถนะของผู้บริหาร

4.2.6 การทดลองจัดการแฟ้มงาน (in-basket simulation) เป็นการจำลองสถานการณ์ใน หน้าที่ของผู้จัดการโดยมีงานต่างๆเสมือนงานจริง แล้วให้ตัดสินใจสั่งการตามความคิดเห็นวิธีนี้ใช้ในการ ประเมินสมรรถนะผู้บริหาร

4.2.7 แบบทดสอบบุคลิกภาพ (personality inventory) ใช้วัดเกี่ยวกับบุคลิกภาพ เพื่อให้ได้บุคคลที่เหมาะสมกับงานและองค์การแต่แบบทดสอบบุคลิกภาพมักมีข้อจำกัดทางวัฒนธรรมสูงดังนั้นจึงต้องระวังในการใช้

4.2.8 แบบทดสอบเชาว์ปัญญา (intelligence test) และความถนัด (aptitude test) ซึ่งจะวัดเชาว์ปัญญาและความสามารถในด้านต่างๆของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความโดดเด่นไปคนละด้าน ดังนั้นจึงควรใช้บุคคลให้ตรงตามสมรรถนะที่แต่ละคนมีอยู่

4.2.9 การทดสอบความรู้ (knowledge test) เป็นการทดสอบความรู้ที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งงาน เน้นการวัดองค์ประกอบของสมรรถนะด้านความรู้ องค์การสามารถสร้างเองได้ หากมีผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น แต่ต้องคำนึงถึงมาตรฐานของข้อสอบด้วย

4.2.10 การทดสอบการปฏิบัติงาน (work sample) เป็นการสุ่มตัวอย่างงานที่ตำแหน่งนั้นมีหน้าที่รับผิดชอบมาให้บุคคลปฏิบัติ มีข้อดีคือความตรงเชิงพยากรณ์ค่อนข้างดี แต่ข้อจำกัดคือจะไม่ทราบศักยภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคล เนื่องจากวัดเฉพาะสิ่งที่สามารถกระทำได้ในตำแหน่งงานนั้นๆ โดยเฉพาะหากมีการเปลี่ยนแปลงงานที่ปฏิบัติอยู่ บุคคลนั้นอาจจะไม่สามารถปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงได้

4.2.11 การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคลแบบ 360 องศา (360 degree Feedback) เป็นการประเมินจากรอบด้านโดยอาศัยผู้เกี่ยวข้อง รู้เห็นการปฏิบัติงานของบุคคลในตำแหน่งเป้าหมาย ได้แก่ จากผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา ลูกค้ำ การประเมินตนเอง เป็นต้น ข้อดีคือทำให้ได้มุมมองที่แตกต่างและครอบคลุม นอกจากนั้นการประเมิน 360 องศา จะมุ่งวัดการรับรู้ของผู้ประเมินต่อคุณลักษณะความเป็นบุคคลและกระบวนการหรือพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ได้ดีกว่าการประเมินผลผลิต และมีความยุติธรรมมากกว่าการประเมินจากแหล่งเดียว

4.2.12 การสังเกตพฤติกรรม (behavior observations) เป็นการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตพฤติกรรมของบุคคล ในบางสถานการณ์การสังเกตเพื่อประเมินพฤติกรรมนั้น ผู้สังเกตหรือผู้ประเมินจะต้องกระทำด้วยความซื่อตรง และจะต้องมีความใกล้ชิดเพียงพอที่จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่ถูกประเมินได้ วิธีการประเมินที่สำคัญ ได้แก่

4.2.12.1 การพิจารณาตามเครื่องมือ (Graphic scales/Rating scales)

4.2.12.2 การบันทึกเหตุการณ์สำคัญ (Critical incidents) เป็นเทคนิคการประเมินที่บุคคลต้องบันทึกพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เพื่อใช้ในการให้คะแนนบุคคล

4.2.12.3 การพิจารณาการปฏิบัติงาน (Field review) เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล จะทำการสอบถามผู้บังคับบัญชาโดยตรงเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา แล้วทำรายงาน ต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงขึ้นไป

4.2.12.4 การประเมินผลโดยกลุ่ม (Group appraisal) ใช้ผู้ประเมินหลายคน มา ช่วยกันประเมินผลงานของบุคคลนิยมใช้เพื่อเลื่อนตำแหน่ง โยกย้าย ลดขั้น ขึ้นเงินเดือน

4.2.12.5 การประเมินตามผลงาน (Appraisal by results) ประเมินโดยการ พิจารณาผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

4.2.12.6 การเขียนความคิดเห็น (Free-From Essay) ผู้ประเมินเขียน ข้อความ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคลากร

4.2.12.7 การจัดลำดับ (Ranking plans) ผู้ทำการประเมินพิจารณาคคุณสมบัติ ต่างๆ ของผู้ถูกประเมิน

4.2.12.8 การตรวจสอบรายงาน (Checklist) ประกอบด้วยรายการที่แสดง ขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือ พฤติกรรมที่ผู้สังเกตบันทึกว่ากระทำตามรายการที่กำหนดไว้

4.2.12.9 การกระจาย (Distribution) ผู้ประเมินทำการพิจารณาคคุณสมบัติ ต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้น โดยใช้หลักการกระจายทางสถิติ 10) การประเมินผลพฤติกรรมโดยอาศัย มาตรฐานส่วน (Behaviorally anchored rating scale: BARS) แบบประเมินนี้จะมีแบบประเมินเฉพาะ ซึ่งกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญแต่ละงานแยกกันโดยวิธีให้คะแนน (Rating) โดยให้ผู้บริหารกำหนดมิติน งานและให้น้ำหนักแต่ละงาน

4.3 รูปแบบการประเมินและประเภทของการประเมินสมรรถนะ

มีการแบ่งรูปแบบการประเมินเป็น 4 ลักษณะใหญ่ๆ (อลงกรณ์ มีสุทธา, สมิต สัชชุกร, 2551) ดังนี้

4.3.1 การประเมินโดยยึดคุณลักษณะของบุคคลเป็นหลัก (Trait rating based approach) เป็นการประเมินที่เน้นคุณลักษณะของบุคคลหรือบุคลิกภาพเป็นสำคัญ

4.3.2 การประเมินโดยยึดพฤติกรรมในการปฏิบัติงานเป็นหลัก (Job performance of behavior based approach) เป็นการประเมินที่เน้นรูปแบบการประเมินผลที่ เกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติงานที่ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จได้แก่ การประเมินแบบเน้นเหตุการณ์สำคัญ (Critical incidents) การประเมินโดยมีผู้ประเมินหลายคน (Multiple rating) การประเมิน โดยเพื่อนร่วมงาน (Peer rating) การประเมินตนเอง (Self appraisal) การประเมินโดยวิธีการ สัมภาษณ์ (Field interview method) การประเมินแบบใช้ศูนย์กลางการประเมิน (Assessment center) และการ ประเมินแบบมาตรฐานค่าแบบยึดพฤติกรรม (Behaviorally anchored Rating Scales: BARS)

4.3.3 การประเมินโดยยึดผลสำเร็จของงานหรือวัตถุประสงค์ของงานเป็นหลัก (Result or objective based approach) เป็นการประเมินโดยมุ่งประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานใน แ่งผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้โดยมักประเมินในรูปของปริมาณ คุณภาพ เวลา หรือประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน

4.3.4 การประเมินแบบผสมผสาน (Hybrid approach) เป็นการประเมินที่เกิดจากการผสมผสานกันระหว่างการประเมินที่เน้นการวางแผนอย่าง Management by Objective (MBO) กับวิธีการประเมินตามพฤติกรรมเพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของงาน (Outcome) และพฤติกรรมการทำงาน (Behavior) ได้แก่ วิธีการประเมินแบบ 360 องศา วิธีการประเมินแนวใหม่ที่เน้น Input, Process, Output และ Outcome วิธีการประเมินโดยใช้ดัชนีชี้วัดผลงานหลัก (KPI) ผสมกับวิธีการประเมินแบบ 360 องศา เป็นต้น

4.4 ประเภทของการวัดประเมิน

การวัดประเมินจำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ 3 กลุ่ม ดังนี้ (ชูชัย สิทธิไกร, 2547 และรัชณีวรรณ วาณิชย์ถนอม, 2548)

4.4.1 การทดสอบเชิงปฏิบัติการ (Test of performance) คือ การทดสอบผู้ถูกทดสอบจะต้องปฏิบัติงานบางอย่างที่จัดเตรียมไว้ คะแนนที่บุคคลได้รับขึ้นอยู่กับว่าสามารถปฏิบัติงานนั้นได้ดีมากน้อยเพียงไร เพราะฉะนั้นการทดสอบการปฏิบัติงานจึงได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินว่าบุคคลสามารถจะทำอะไรได้บ้างภายใต้สภาพการณ์ที่กำหนดไว้หรือเรียกว่าเป็นการทดสอบความสามารถสูงสุดของบุคคล

4.4.2 การสังเกตพฤติกรรม (Behavior Observation) คือ การสังเกตการกระทำหรือการตอบสนองของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งมักใช้ในการประเมินคุณลักษณะของบุคคล ตั้งแต่ทักษะทางสังคม ไปจนถึงการปฏิบัติงานในหน้าที่ การสัมภาษณ์ก็นับได้ว่าเป็นการสังเกตพฤติกรรมแบบหนึ่งแม้ว่าผู้ถูกสังเกตจะรู้ตัวและพยายามทำตัวให้ดีที่สุดก็ตาม แต่การสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์จะให้ข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างมากต่อการประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครงาน

4.4.3 การรายงานด้วยตนเอง (Self report) คือ การที่บุคคลผู้ถูกทดสอบเป็นผู้บรรยายความรู้สึก ทัศนคติ ความคิดเห็นหรือความเชื่อของตนเองให้ผู้ทดสอบทราบโดยอาจจะ อยู่ในรูปแบบของการตอบแบบสอบถามหรือแบบสำรวจความคิดเห็นรวมทั้งการทำแบบทดสอบ บุคลิกภาพบางชนิดด้วย

ประโยชน์ของการประเมินสมรรถนะ

การนำสมรรถนะมาใช้ในองค์การพยาบาลก่อให้เกิดประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันทั้งในระดับบุคคลและองค์การดังนี้ (เกริกเกียรติ ศรีเสริมโภค, 2546; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2548)

1) ประโยชน์ต่อองค์การพยาบาล

องค์การพยาบาลมีมาตรฐานกลางในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล สามารถรู้จุดอ่อนและจุดแข็งที่แท้จริงของบุคลากร แต่ละคน สามารถวางแผนในการพัฒนาบุคลากรให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพ

สูงสุด สามารถพัฒนาและเปลี่ยนความสามารถของ บุคลากรมาเป็นความสามารถในการแข่งขันเพื่อความยั่งยืนขององค์กร

2) ประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการแพทย์

ผู้บริหารสามารถพัฒนาบุคลากรได้ตรงตามความต้องการขององค์กรสามารถพัฒนาบุคลากรได้ตรงตามความต้องการของหน่วยงานและ องค์กรเป็นเครื่องมือสื่อสารความต้องการขององค์กรไปยังบุคลากรพยาบาลทุกคนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีมาตรฐานเดียวกันลดความอคติในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

3) ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์

พยาบาลสามารถประเมินตนเองว่ามีจุดอ่อนจุดแข็งในด้านใดเมื่อเทียบกับมาตรฐานของหน่วยงาน พยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการพัฒนาตนเองได้ พยาบาลสามารถสื่อสารกับผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีมาตรฐานกลางร่วมกัน

4) ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

ผู้รับบริการได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและสนองตอบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้หลักการสร้างเครื่องมือบนพื้นฐานของทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม

4.5 เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ

สำหรับการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ เนื่องจากเป็นการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงสมรรถนะที่พึงประสงค์ เพื่อให้การวัดและการประเมินสมรรถนะมีความเป็นปรนัย (Objectivity)ปราศจากความลำเอียงและไม่ว่าผู้ประเมินจะเป็นใครก็สามารถจะให้คะแนนได้เท่ากัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบรูบรีคตามแนวคิดของ สมศักดิ์ ภู่วิภาดาวรรณ (2544) ซึ่งการประเมินแบบรูบรีคนิยมใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ในการศึกษา มาใช้เป็นแนวคิดในการออกแบบเกณฑ์การประเมิน ซึ่งผู้วิจัยศึกษารูปแบบการประเมินเกี่ยวกับเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบรีค ดังนี้

4.5.1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบรีค (Rubric score)

นักวิชาการอธิบายว่า คำว่า“Rubric” หมายถึง “กฎ” หรือ “กติกา”(Rule) ส่วนคำว่า “Rubric assessment” นั้นหมายถึง แนวทางในการให้คะแนน (Scoring guide) ซึ่งสามารถที่จะแยกระดับต่างๆ ของความสำเร็จในการเรียนหรือการปฏิบัติงานของนักเรียนได้อย่างชัดเจนจากระดับดีมากไปจนถึงระดับที่ต้องปรับปรุงแก้ไข รูบรีคเป็นเครื่องมือในการให้คะแนนที่ประกอบด้วยเกณฑ์ด้านต่างๆ ที่ใช้พิจารณาชิ้นงานหรือการปฏิบัติงาน และระดับคุณภาพของเกณฑ์แต่ละด้าน (สุรศักดิ์ อมรรัตนศักดิ์, 2556) ในการประเมินความสามารถของบุคคลยังไม่มีเครื่องมือที่สามารถวัดออกมาได้เที่ยงตรงแม่นยำและแน่นอนเหมือนตัวเลขที่เป็นผลของงาน ส่วนมากเป็นการวัดมาจากความรู้สึกของผู้ประเมิน ซึ่งมี

ความเปี่ยมสูงมากจึงทำให้การประเมินผลความสามารถของบุคคลยังเป็นที่ยึดถือของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ถูกประเมินยังรู้สึกไม่ค่อยเต็มใจรับผลการประเมินมากนัก (มุสตีร์มาคม, 2551) ผู้วิจัยได้ศึกษาเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบรีค (Rubric score) เพื่อใช้เป็นแนวคิดในการออกแบบลักษณะเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ โดยศึกษาถึงความหมายของเกณฑ์การประเมินแบบรูบรีค ชนิดของรูบรีคประโยชน์ของรูบรีค ขั้นตอนการออกแบบรูบรีค และแนวทางการกำหนดเกณฑ์แบบรูบรีคตามแนวคิดของ Heidi (1997), Mertler (2001), สมศักดิ์ ภูวิภาดารวรรณ (2544) รายละเอียดดังต่อไปนี้

4.5.1.1 เกณฑ์การประเมินแบบรูบรีค หมายถึง เครื่องมือให้คะแนนที่ใช้ประเมินการปฏิบัติงานหรือผลงานของนักเรียน รูบรีคจึงเป็นเหมือนการกำหนดลักษณะเฉพาะ (Specification) ของการปฏิบัติหรือผลงานนั้นๆ ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณหรือทั้ง 2 ประการรวมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการประเมิน ดังนั้น ลักษณะของรูบรีคจึงประกอบด้วยเกณฑ์พิจารณาหรือรายการประเมิน ระดับคุณภาพและคำอธิบายระดับคุณภาพ

4.5.1.2 ชนิดของการประเมินรูบรีค การให้คะแนนการประเมินแบบรูบรีค แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ (สุรศักดิ์ อมรรัตนศักดิ์, 2556)

4.5.1.2.1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบภาพรวม (Holistic rubric) เป็นแนวทางการให้คะแนนที่พิจารณาจากภาพรวมของกระบวนการหรือชิ้นงาน โดยจะมีคำอธิบายลักษณะของงานในแต่ละระดับไว้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจจะจัดชิ้นงานเป็นระดับคุณภาพ เช่น ดี พอใช้ ปรับปรุง หรือดีมาก ดีพอใช้ ปรับปรุง หรืออาจใช้เป็นจำนวนตัวเลข 3, 2, 1 หรือ 4, 3, 2, 1 ก็ได้ตามความเหมาะสม การให้คะแนนจะพิจารณาผลรวมหรือภาพรวมทั้งหมด เกณฑ์การประเมินในภาพรวมนี้มีข้อดี คือสามารถใช้ได้ง่ายและใช้เป็นการประเมินทุกคุณลักษณะในการปฏิบัติงานได้ดี

4.5.1.2.2 เกณฑ์การให้คะแนนแบบแยกเป็นรายด้าน (Analytic rubric) เป็นแนวทางการให้คะแนนโดยพิจารณาจากแต่ละส่วนของงาน ในแต่ละด้านจะมีคำอธิบายลักษณะของงานในส่วนนั้นๆ และมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยมีคำอธิบายคุณภาพของผลงานไว้อย่างชัดเจน นิยมใช้เมื่อต้องการเน้นชนิดหรือลักษณะเฉพาะของการตอบสนอง การสร้างและการใช้รูบรีคแบบแยกเป็นรายด้านมีกฎทั่วไป ว่าผลงานของแต่ละคนต้องพิจารณาแยกแต่ละด้านตามเกณฑ์การให้คะแนนดังกล่าว การใช้รูบรีคแบบแยกเป็นรายด้านจึงได้ผลค่อนข้างสมบูรณ์

4.5.1.3 ประโยชน์ของการประเมินแบบรูบรีค

สมศักดิ์ ภูวิภาดารวรรณ (2544) ได้กล่าวถึง การประเมินแบบรูบรีคไว้ว่ามีประโยชน์สำหรับครูและนักเรียนหลายประการ ได้แก่ การประเมินแบบรูบรีคช่วยปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติหรือการแสดงออกของนักเรียน ในขณะเดียวกันก็ช่วยควบคุมการปฏิบัตินั้นๆ ด้วย โดยครูต้องกำหนดความต้องการความคาดหวังในผลงานของนักเรียนอย่างชัดเจนและแสดงให้เห็นว่าจะทำให้ถึงความคาดหวังนั้นได้อย่างไร เมื่อนักเรียนมีข้อบกพร่องตามเกณฑ์ใดครูจะช่วยชี้แนะและบอกได้ว่าครูคาดหวัง

นักเรียนอย่างไร ช่วยให้นักเรียนตัดสินคุณภาพผลงานของตนเองและของคนอื่นอย่างมีเหตุผล เมื่อใช้
 รูบรีคเป็นแนวทางการประเมินนักเรียนจะสามารถชี้แนะแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลงานของตนและผู้อื่นได้
 ตรงจุด ช่วยลดเวลาครูในการประเมินผลงานของนักเรียนการประเมินโดยเจ้าของผลงานเองและโดย
 กลุ่ม นอกจากนี้ รูบรีคยังช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักเรียนมากขึ้นเกี่ยวกับจุดเด่นและสิ่งที่ต้อง
 ปรับปรุง การประเมินแบบรูบรีคมีความยืดหยุ่นคือมีระดับคุณภาพตั้งแต่ดีเยี่ยมจนถึงต้องปรับปรุง
 นำไปใช้กับนักเรียน ที่เรียนเก่งจนถึงนักเรียนที่เรียนอ่อน โดยใช้เกณฑ์สะท้อนผลงานของนักเรียน อีก
 ทั้งใช้ง่ายและอธิบายได้ง่าย

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้คะแนนการประเมินแบบรูบรีคมีส่วนดีและเป็น
 ประโยชน์ทั้งในส่วนของการประเมินผลและการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุง
 พัฒนาผู้ที่ถูกประเมิน ผู้วิจัยจึงนำเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบรีคมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้ เนื่องจากเป็น
 เกณฑ์ที่มีแนวทางการให้คะแนนที่ชัดเจน สามารถพิจารณาแยกระดับผลการปฏิบัติงานได้ชัดเจนสมเหตุสมผล
 เป็นประโยชน์ในการ ช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงาน เมื่อพยาบาลวิชาชีพมี
 ข้อบกพร่องตามเกณฑ์ใด ผู้บริหารสามารถชี้แนะและบอกได้ว่าผู้บริหารคาดหวังสิ่งใด ช่วยผู้บริหารใน
 การให้ข้อมูลย้อนกลับได้ดีและเร็วขึ้น พยาบาลวิชาชีพสามารถตัดสินคุณภาพผลงานของตนเองและของคน
 อื่นๆ อย่างมีเหตุผล สามารถชี้แนะและแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลงานของตนเองและผู้อื่นได้ตรงจุด อีกทั้งเกณฑ์
 การประเมินมีความยืดหยุ่นสามารถใช้ประเมินพยาบาลวิชาชีพได้ทุกคนซึ่งมีความสามารถแตกต่างกันได้
 การสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบรีคมีขั้นตอนดังนี้

4.5.1.4 ขั้นตอนการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบรีค

การสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบรีคต้องให้ผู้ถูกประเมินมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ถูก
 ประเมินมีประสบการณ์ในการใช้เกณฑ์รูบรีคในการประเมิน และช่วยพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์รูบรีค
 ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เกณฑ์ที่สร้างต้องเป็นรูปธรรมชัดเจนเหมาะสม ซึ่ง ไพฑูริย์ โปธิสาร (2549) วาสนา
 ประवालพฤกษ์ (2549) และกิงกาญจน์ สิริสุนันท์ (2550) ได้อธิบายถึงขั้นตอนการสร้างเกณฑ์การ
 ประเมินแบบรูบรีค ไว้ดังนี้

4.5.1.4.1 กำหนดรายการประเมิน ตามคุณลักษณะของสิ่งที่ถูกประเมิน

4.5.1.4.2 นิยามปฏิบัติการของเกณฑ์ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานนั้น
 อธิบายคุณลักษณะที่ต้องการสังเกตเป็นพิเศษ ที่ต้องการเห็นและไม่ต้องการเห็น นั่นคืออธิบาย
 คุณลักษณะทักษะหรือพฤติกรรมที่ต้องการเห็นรวมทั้งข้อผิดพลาดต่างๆ ไป ที่ไม่ต้องการให้เกิด

4.5.1.4.3 กำหนดจำนวนระดับของเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา เช่น 3 ระดับ

4 ระดับ

4.5.1.4.4 พิจารณาเกณฑ์ผ่านและไม่ผ่าน พร้อมคำอธิบายรายละเอียดและ/หรือ
 ตัวอย่างรูบรีคแบบแยกรายด้านเขียนคำบรรยายลักษณะงานที่ดีและงานที่ไม่ดี โดยแยกเกณฑ์แต่ละ

เกณฑ์ เช่น จำนวนเกณฑ์ 4 ระดับ ให้พิจารณาตามลำดับ ดังนี้ 1) ระดับ 3 เป็นเกณฑ์ที่เป็นไปตามมาตรฐาน คือสามารถทำได้ตามระดับที่ยอมรับ ปฏิบัติงานได้เองโดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือ 2) ระดับ 2 เป็นเกณฑ์ที่เกือบผ่าน คือต้องได้รับการปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะใช้ได้ 3) ระดับ 4 เป็นเกณฑ์ที่มีคุณภาพสูงกว่าระดับ 3 และ 4) ระดับ 1 เป็นเกณฑ์ที่นับว่าอ่อนมาก ต้องได้รับคำแนะนำหรือการช่วยเหลือ

4.5.1.4.5 เขียนคำอธิบายระดับที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าเกณฑ์ตามลำดับสำหรับ
รูบริคแบบแยกรายด้านเขียนรายละเอียดการปฏิบัติที่อยู่ในระหว่างกลางของทุกเกณฑ์

4.5.1.4.6 ตรวจสอบโดยผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เชี่ยวชาญทางการวัดและ
ประเมินผล

4.5.1.4.7 ทดลองใช้เกณฑ์ในการตรวจสอบผลงานที่มีมาตรฐาน/
คุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.5.1.4.8 หาคุณภาพของเกณฑ์อย่างง่าย โดยหา Inter-rater reliability
โดยใช้ผู้ประเมิน 2 คนหรือคนเดียวประเมิน 2 ครั้ง แล้วหาความสอดคล้องของเกณฑ์

4.5.1.4.9 ปรับปรุงเกณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน

4.5.1.5. แนวทางการกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบรูบริค โดยทั่วไปเกณฑ์การให้คะแนนจะ
กำหนดเป็นระดับต่างๆ 4-5 ระดับ โดยพิจารณาจากเป้าหมายและความคาดหวังในการปฏิบัตินั้น กำหนด
ระดับสูงสุดแล้วแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ยอมรับได้ (ผ่าน) และยอมรับไม่ได้ (ไม่ผ่าน) แล้วพิจารณาว่าในช่วง
ของการยอมรับได้นั้น แบ่งเป็น 2 ระดับ คือผ่านอย่างดีและผ่านอย่างพอใช้ แล้วทำ เช่นเดียวกันในช่วง
ของการไม่ยอมรับหรือไม่ผ่านส่วนคะแนนตติยภูมิคือไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติเพียงเล็กน้อยหรือไม่ถูกต้อง
เลย

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริคชนิดแบบภาพรวม
มาใช้ในการกำหนดเกณฑ์การประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยแต่ละสมรรถนะจะมีรายละเอียดพฤติกรรมที่ใช้ประเมิน พร้อมทั้งกำหนด
เกณฑ์การให้คะแนนด้วยการแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการ
ประเมินสมรรถนะ หลังจากได้องค์ประกอบสมรรถนะเชิงวิชาชีพและข้อรายการสมรรถนะย่อยแล้ว
ผู้วิจัยได้กำหนดคำอธิบายพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินตามแต่ละระดับสมรรถนะ พร้อมทั้งกำหนด
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50 – 3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ
ประคับประคองในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยม

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง
ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้

4.6 การสร้างและการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ

แบบประเมินเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่นิยมใช้ในการวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์และสังคมศาสตร์มี 3 วิธีได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555) วิธีการสร้างเครื่องมือมีหลากหลายแบบในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการสร้างเครื่องมือที่อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (Classical test theory) ซึ่งมีการสมมุติว่าคะแนนที่ได้จากการวัดมีการแจกแจงแบบปกติ ตามขั้นตอนของ Burns and Grove, 2013 จำนวน 10 ขั้นตอน มีการดำเนินการ ดังนี้

4.6.1 การพัฒนาเครื่องมือ ตามแนวคิดของของ Grove, Burns & Gray ในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรแฝงในการวิจัยทางการพยาบาลหรือในสาขาสังคมศาสตร์มีหลักการหรือขั้นตอนในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยเดียวกัน ซึ่ง Grove, Burns & Gray (2013) ได้สรุปไว้ดังนี้

4.6.1.1 ให้คำนิยามแนวคิด/ทฤษฎี (Define the concept) ของตัวแปรที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจรายละเอียดของแนวคิด หรือทฤษฎีที่เลือกใช้กับตัวแปรที่ต้องการศึกษาและควรศึกษาจากต้นฉบับจริงไม่ควรศึกษาจากงานวิจัยอื่นที่ใช้แนวคิดเดียวกัน เพื่อให้การเขียนข้อคำถาม ที่ใช้แนวคิด/ทฤษฎีที่เป็นนามธรรมให้อยู่ในรูปแบบรูปธรรม สามารถใช้ได้จริงเหมาะสมกับกลุ่ม ตัวอย่างและพื้นที่ศึกษา เมื่อเข้าใจแนวคิด/ทฤษฎีที่เลือกสรรแล้วผู้วิจัยต้องเขียนคำนิยามจากทฤษฎีให้เป็นคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

4.6.1.2 ออกแบบลักษณะการวัด (Design the scale) เป็นการออกแบบสร้างข้อคำถามซึ่งประกอบด้วยส่วนของเนื้อหาข้อคำถามกับส่วนของมาตรวัด ในส่วนของเนื้อหาข้อคำถามเป็นส่วนที่ นำเนื้อหาของคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการมาใช้ในการสร้างข้อคำถาม ส่วนการกำหนด มาตรวัดมีให้เลือกหลายรูปแบบ การเลือกมาตรวัดต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา นอกจากนี้การสร้างข้อคำถามยังต้องสอดคล้องกับมาตรวัดที่กำหนดไว้ด้วย กล่าวคือข้อคำถาม สามารถตอบได้ด้วยมาตรวัดที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

4.6.1.3 เชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญพิจารณาเนื้อหาข้อคำถาม (Seek item review) หลังจากผู้วิจัยสร้างข้อคำถามได้ครบถ้วนตามองค์ประกอบของแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการวิเคราะห์ข้อคำถาม ผู้วิจัยควรให้บุคคลอื่นช่วยทบทวนข้อคำถามแต่ละข้อว่าสามารถสื่อสารได้ง่ายต่อการเข้าใจ ถูกไวยากรณ์ และอ่านแล้วเข้าใจเป็นนัยเดียวหรือไม่ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของตัวแปรที่นำมาสร้าง

แบบสอบถาม และมีความรู้ในการสร้างเครื่องมือวิจัย ส่วนมากผู้วิจัยจะเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นจำนวน เลขี่ตั้งแต่ 3-5 คนขึ้นไป

4.6.1.4 นำแบบสอบถามไปทดสอบเบื้องต้น (Conduct preliminary item try outs) เป็นการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุง/แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริง ซึ่งควรใช้ จำนวน 15-30 คน (Grove, Burns & Gray 2013) นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานของข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งเป็นการสำรวจการกระจายความคิดเห็นของผู้ตอบ และหากมีการ เว้นว่างไม่ตอบข้อคำถามข้อใดหรือให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยต้องพิจารณาข้อคำถามนั้น เพื่อการปรับปรุง ให้เข้าใจง่ายขึ้น

4.6.1.5 นำเครื่องมือวิจัยที่ปรับแก้ไขแล้วในขั้นตอนที่ 4.3.2.1.4 ไปทดสอบ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร (Perform a field test) Spector (1992 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) กล่าวว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อย่างน้อย 100-200 คน ในขณะที่ DeVellis, 2003 เสนอว่าควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน จึงจะถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่เพียงพอ

4.6.1.6 วิเคราะห์ข้อคำถาม (Conduct item analyses) ขั้นตอนนี้เป็นการ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงสถิติโดยการคำนวณหาค่าความเที่ยง ซึ่งหากเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น เจตคติความรู้สึก และมีการใช้มาตรวัดประมาณค่ามากกว่า 2 ค่าขึ้นไป นิยมตรวจสอบความเที่ยงภายใน (Internal consistency) ซึ่งมีการคำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากข้อคำถามที่สนใจกับ คะแนนรวมจากข้อคำถามทั้งหมด ยกเว้นข้อคำถามที่กำลังพิจารณาค่าดังกล่าว (Item-total correlation) ค่า ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามที่สนใจกับข้อคำถามอื่น (Item-item correlation) และค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของข้อคำถามโดยรวม หากลบข้อคำถามนั้นที่สนใจทิ้งไป (Alpha if item deleted)

4.6.1.7 เลือกข้อคำถามที่ควรคงไว้ในเครื่องมือวิจัย (Select item to retain) ในการ พิจารณาเพื่อเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมไว้ Grove, Burns & Gray (2013) เสนอว่า ค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แอลฟาควรมีค่าอย่างน้อย .70 สามารถนำไปใช้ได้ แต่หากมีค่าต่ำกว่านี้ควรพิจารณา ตัดทิ้ง หรือปรับปรุงข้อคำถาม ในขณะที่ DeVellis, 2003 แนะนำว่าหากคำนวณได้สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ แอลฟาต่ำกว่า .60 ถือว่าเครื่องมือวิจัยนั้นยอมรับไม่ได้ ค่าแอลฟาที่อยู่ระหว่าง .60 -.70 เป็น ค่าที่ ยอมรับได้เล็กน้อย ค่าแอลฟาที่อยู่ระหว่าง .70 -.80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ ค่าแอลฟาที่อยู่ระหว่าง .80 -.90 เป็นค่าที่อยู่ในระดับดี แต่หากค่าแอลฟามีค่ามากกว่า .90 ต้องพิจารณาว่าข้อคำถามอาจมี เนื้อหาที่ซ้ำซ้อนกันได้

4.6.1.8 ศึกษาความตรงของเครื่องมือวิจัย (Conduct validity studies) ในการวิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือ นอกจากความตรงตามเนื้อหาแล้ว ควรมีการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดย การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบค้นหาโครงสร้าง (Exploratory factor analysis) และตามด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบยืนยันโครงสร้าง (Confirmatory factor analysis)

4.6.1.9 ประเมินความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Evaluate the reliability of the scale) หลังจากวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างแล้ว ควรนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูล อาจมีการลดทอนจำนวนข้อคำถามให้ น้อยลงกว่าเดิม ดังนั้นค่าความเที่ยงที่วิเคราะห์ไว้ในครั้งเดิม จึงไม่สามารถนำมาใช้กับข้อคำถามชุด ใหม่ได้จึงต้องวิเคราะห์ค่าความเที่ยงก่อนนำเครื่องมือวิจัยนี้ไปใช้

4.6.1.10 ทำค่ามาตรฐานของเครื่องมือวิจัย (Compile norms on the scale) การทำค่ามาตรฐานของเครื่องมือวิจัยสามารถจะกระทำได้ หากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความหลากหลายลักษณะข้อมูลทั่วไปและมีจำนวนมากพอ

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของ Grove, Burns & Gray (2013) มีขั้นตอนเริ่มจากการทบทวนนิยามศัพท์เชิงทฤษฎีแล้วนำมาเขียนเป็นคำนิยามศัพท์ที่ใช้ ในการวิจัย ซึ่งเรียกว่าการนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการแล้วนำไปใช้สร้างข้อคำถาม เมื่อได้ข้อคำถามแล้ว ต้องมีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ให้มีค่าความตรงความเที่ยงที่ยอมรับ ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ในการศึกษาครั้งนี้ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินรายด้านและทั้งฉบับโดยวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ในการสร้างและพัฒนาแบบประเมินครั้งนี้ เพื่อให้มีคุณภาพมีความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง มีความเที่ยง การสร้างแบบประเมินเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยวิธีมาตรฐาน ในการสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองอาการของพยาบาล เป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองอาการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ มี 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สังเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ จากการวิเคราะห์และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมากำหนดรายการสมรรถนะรายด้านและข้อรายการสมรรถนะย่อย

ขั้นตอนที่ 2 สร้างข้อรายการสมรรถนะโดยการกำหนด รายการสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิเป็นเครื่องมือในการวิจัยและวิเคราะห์หาคุณภาพของข้อรายการสมรรถนะด้วยการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนและตรวจสอบความเที่ยงโดยการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและนำเครื่องมือมาตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป

4.7 การกำหนดมาตรวัดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล

การวิจัยทางการพยาบาลเป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของคน สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อมที่มีการปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ได้หลาย ลักษณะ พฤติกรรมแต่ละลักษณะจะขึ้นกับสิ่งเร้า (Stimuli) ที่แตกต่างกัน การได้รับสิ่งเร้าที่ต่างกันจะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนอง (Response) ต่างกันไปด้วย ดังนั้นการวัดพฤติกรรมทั้งด้านกาย จิต และสังคม จึงมีวิธีการใช้เครื่องมือวิจัยวัดตัวแปรดังกล่าวได้หลายรูปแบบ โดยเฉพาะในเรื่องของ การวัดเจตคติ (Attitude) ซึ่งเจตคติ (Attitude) หมายถึง ผลรวมของความรู้สึกหรือ ความคิดของ บุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า บุคคลสิ่งของหรือสถานการณ์อื่นๆ และมีแนวโน้มทำให้เกิดสภาพความพร้อมที่จะได้ตอบสนองต่อสิ่งนั้นด้วยการมีปฏิกริยาตอบสนองทั้งในลักษณะที่ชอบ และไม่ชอบ ที่เป็นบวกและเป็นลบที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย เมื่อผู้วิจัยต้องการทราบเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดมาตรา วัดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลมีด้วยกันหลายวิธี ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554)

- 1) วิธีการของเทอร์สโตน (Thurstone method)
- 2) วิธีการของลิเคิร์ต (Likert method)
- 3) วิธีการของกัทแมน (Guttman method)
- 4) วิธีมาตราจำแนกความหมาย (Semantic differential)

4.8 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

แบบประเมินเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการรวบรวมข้อมูลอย่างมาก เนื่องจากเครื่องมือที่มีคุณภาพจะทำให้ผลการประเมินถูกต้อง น่าเชื่อถือ คุณภาพของแบบประเมินที่ดีควรประกอบด้วย แบบประเมินที่ดีต้องมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct

validity) ความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) ความเที่ยง (Reliability) และความเที่ยงการประเมิน (Inter – rater reliability) รวมทั้งความเป็นปรนัย (Objectivity) และความง่ายในการใช้ (Simplicity) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และ ทศนีย์ นະແສ, 2539)

4.8.1 ความตรง (Validity) หมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการนำมาใช้วัดตัวแปรที่ศึกษาได้ตรงกับมิติที่ต้องการวัด จำแนกได้ 3 ประเภท ได้แก่

4.8.1.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หมายถึง คำถามในแบบสอบถามมี เนื้อหาสอดคล้องกับเนื้อหาที่สนใจของตัวแปร สามารถทำได้โดยให้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ กำหนด 3 – 5 ท่านวิเคราะห์เนื้อหาก่อนทำการวัด รวบรวมความคิดเห็นมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

4.8.1.2 ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) หมายถึง ความสอดคล้อง ระหว่างลักษณะพฤติกรรมของข้อคำถาม กับพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการจะวัดตามที่ กำหนดไว้ในทฤษฎีของเรื่องนั้นๆ ความตรงตามโครงสร้างจึงนับว่ามีความสำคัญต่อคุณภาพเครื่องมือ

4.8.1.3 ความตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (Criterion validity) หมายถึง เป็นความตรงที่พิจารณาจากพฤติกรรมของบุคคลที่ถูกทดสอบเป็นหลัก โดยอาศัยสภาพเวลาเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด

4.8.1.3.1 ความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) หมายถึง เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถวัดคุณลักษณะที่ศึกษาได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในขณะนั้น

4.8.1.3.2 ความตรงตามการพยากรณ์ (Predictive validity) หมายถึง เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถวัดคุณลักษณะที่ศึกษาได้ตรงตามเกณฑ์พยากรณ์ของคุณลักษณะนั้นๆ ในอนาคต

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อนำมาหาค่า CVI กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2555)

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ
- 2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ
- 3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

กำหนดเกณฑ์พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธีคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.00-1.00 มีการแปลความหมายดังนี้

CVI = 1.00 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร

CVI = 0.00 หมายถึง เนื้อหาของคำถามทุกข้อในแบบสอบถามไม่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ต้องไม่น้อยกว่า .80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

กำหนดเกณฑ์พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธีคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) พัฒนาโดย Hambleton et al, 1975 (อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) หมายถึง ความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่ได้จากการวัดการหาค่าความเที่ยงมี 3 วิธี ดังนี้

1) การหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) หมายถึง เป็นการตรวจสอบว่าคำถามแต่ละข้อในแบบวัดได้วัดคุณลักษณะหรือวัดมิติเดียวกันหรือไม่ ซึ่งวิธีการหาความสอดคล้องภายใน ได้แก่ (1) การแบ่งครึ่ง (Split - haft) เป็นการนำแบบวัดไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแล้ว มาจำแนกเป็น 2 ชุด วิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งต้องปรับให้เป็นค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรของ Spearman Brown

(2) การใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) สามารถใช้กับแบบสอบถามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) และแบบเลือกตอบ (Check-list)

(3) การใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson 20 หรือ KR 20) ใช้ได้เฉพาะกับแบบสอบถามที่เป็นแบบให้ค่าคะแนน 2 ค่า (Dichotomous)

(4) การใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder - Richardson 21 หรือ KR 21) ดัดแปลงมาจากสูตร KR 20 เพื่อให้ง่ายต่อการคิดคำนวณ เพราะใช้ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบทั้งฉบับ

2) การหาความคงที่ (Stability) เป็นวิธีที่หาสัมประสิทธิ์ของความคงที่ โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้สอบกลุ่มเดิม ในช่วงระยะเวลาที่ห่างกัน แล้วนำข้อมูลที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้ง มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ วิธีการสอบซ้ำนี้เรียกว่า Test-retest method

3) การหาความเท่าเทียมกัน (Equivalence หรือ Inter-rater reliability) นำแบบสอบถาม 2 ชุด ซึ่งวัดมิติเดียวกัน จำนวนข้อคำถามเท่ากัน รูปแบบการสอบถามเหมือนกัน ไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบทั้ง 2 ชุดและนำมาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

4) ความเป็นปรนัย (Objective) ความชัดเจนของความหมายของคำถาม อ่านแล้ว เข้าใจตรงกัน มีความคงที่ในการตรวจให้คะแนน ไม่ว่าจะใครประเมินก็ให้ผลที่ถูกต้องตรงกันและมีการแปลความหมายของคะแนนตรงกัน

5) อำนาจจำแนก (Discrimination) หมายถึง เครื่องมือหรือแบบสอบถามสามารถ จำแนกความแตกต่างของคะแนนตรงกัน

6) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้เวลาและ งบประมาณในการวัดน้อย

7) ความไว (Sensitivity) หมายถึง คุณลักษณะของเครื่องมือที่สามารถวัดค่าได้ ละเอียด

8) ความง่ายในการใช้ (Simplicity) เครื่องมือที่ติดตั้งใช้งาน ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก สามารถพกพาได้สะดวก ผู้ใช้เครื่องมือไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญก็สามารถใช้ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของคุณภาพแบบประเมินมาประยุกต์ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ ในด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ การดูแลแบบประคับประคองประเมินสมรรถนะจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1ท่าน, พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 3 ท่าน , อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน ร่วมกันตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Polit and Hungler, 1994: 419 อ้างในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2558)

5. แนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์ตัวประกอบ

5.1 ความหมายของการวิเคราะห์ตัวประกอบ

การวิเคราะห์ตัวประกอบเป็นวิธีการทางสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อลดจำนวนตัวแปรที่มีหลายๆตัวแปรให้เหลือจำนวนตัวแปรที่น้อยลง โดยรวมตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์กันสูง (Communality) เข้าในกลุ่มเดียวกัน ทำให้ตัวแปรในแต่ละกลุ่มไม่เหลื่อมล้ำกันหรือแยกจากกันชัดเจน ดังนั้นตัวแปรที่รวมอยู่ในปัจจัยเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันสูง แต่จะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับตัวแปรที่อยู่ต่างปัจจัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

การวิเคราะห์ปัจจัย หรือบางครั้งเรียกว่า การวิเคราะห์ตัวประกอบเป็นเทคนิคที่จะจับ กลุ่มหรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ไว้ในกลุ่มหรือตัวประกอบเดียวกัน ตัวแปรที่อยู่ในตัวประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์นั้นอาจจะเป็นในทิศทางบวก (ไปในทางเดียวกัน)

หรือทิศทางลบ (ไปในทางตรงกันข้าม) ก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละตัวประกอบจะไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2546) การวิเคราะห์ตัวประกอบยังคงมีความหมาย ดังนี้

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2549) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์ตัวประกอบเป็นเทคนิค ทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis techniques) ที่ออกแบบมาเพื่อ ช่วยให้นักวิจัยได้ใช้แสวงหาความรู้ความจริงดังกล่าว เช่น นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ เชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis หรือ EFA) ในการพัฒนาทฤษฎี หรือนักวิจัยสามารถใช้ ในการวิเคราะห์ตัวประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis หรือ CFA) ในการทดสอบ หรือยืนยันทฤษฎี

Daniel (1988) การวิเคราะห์ตัวประกอบ หมายถึง การวิเคราะห์ตัวประกอบถูก ออกแบบมา เพื่อใช้ตรวจสอบโครงสร้างของชุดตัวแปรและเพื่อใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในรูปของจำนวนที่น้อยที่สุดของตัวแปรและตัวแปรแฝงที่สังเกตไม่ได้เหล่านี้จะถูกเรียกว่า ตัวประกอบ

โดยสรุปการวิเคราะห์ตัวประกอบ หมายถึง เทคนิควิธีทางสถิติที่จะรวมกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งความสัมพันธ์อาจเป็นไปในทางบวกหรือในทางลบก็ได้ ส่วนตัวแปรที่ต่างตัวประกอบจะมีความสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.2 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบ

การวิเคราะห์ตัวประกอบมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการคือ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

5.2.1 เป็นวิธีการวิเคราะห์ตัวประกอบเพื่อสำรวจ และระบุตัวประกอบร่วมที่สามารถ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลจากการวิเคราะห์ตัวประกอบช่วยให้นักวิจัยลด จำนวนตัวแปรลงและได้ตัวประกอบ ซึ่งทำให้เข้าใจลักษณะของข้อมูลได้ง่าย และสะดวกในการแปลความหมาย รวมทั้งได้ทราบแบบแผน (Pattern) และโครงสร้าง (Structure) ความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วย

5.2.2 เป็นการใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบเพื่อทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับแบบแผน และ โครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล กรณีนี้นักวิจัยต้องมีสมมุติฐานอยู่ก่อนแล้ว และใช้ในการ วิเคราะห์ ตัวประกอบ เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกลมกลืนกับสมมุติฐาน เพียงใด จากวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบดังกล่าว นำไปสู่เป้าหมายของการใช้การวิเคราะห์ตัว ประกอบในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการวิจัย เช่น ใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ เป็น เครื่องมือวัด (Measurement device) อย่างหนึ่งในการวัดตัวประกอบซึ่งเป็นตัวแปรแฝง และนำตัวแปรนี้ไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5.3 วิธีการและขั้นตอนการวิเคราะห์ตัวประกอบ

ขั้นตอนการวิเคราะห์ตัวประกอบและวิธีการแต่ละขั้น มีดังนี้ (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547)

ขั้นตอนที่ 1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด ในการวิเคราะห์ตัว ประกอบ ขั้นตอนแรกตัวแปรทุกตัวจะถูกคำนวณเมทริกซ์สหสัมพันธ์ เมทริกซ์สหสัมพันธ์จะให้ภาพว่า ตัวแปร ต่างๆ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ควรมีค่าสหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์ ถ้าตัวแปรไม่มี ความสัมพันธ์กัน แสดงว่าไม่มีตัวประกอบร่วม และไม่มีประโยชน์ที่จะนำมาเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นไป วิเคราะห์ตัว ประกอบ ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จึงจัดให้มีการทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์ สหสัมพันธ์ นั้นเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identify matrix) หรือไม่ โดยใช้ Bartlett's test of sphericity ซึ่งเป็น การทดสอบค่าโค-สแควร์ของดีเทอร์มิแนนท์ (Determinant) ของเมทริกซ์ สหสัมพันธ์ (Norusis, 1988: B-44 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; 129) นอกจากนี้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปยัง มีการทดสอบโดยการคำนวณค่าสถิติเรียกว่า ดรرخนีไกเซอร์- ไมเยอร์- ออลคิน (Kaiser- Meyer- Olkin measure of sampling adequacy) ซึ่งเป็นดรرخนีบอกความแตกต่างระหว่าง เมทริกซ์ สหสัมพันธ์ของตัวแปร สังเกตได้กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติอิมเมจหรือปฏิภาพ (Anti-image correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์พาร์เซียล ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัด ความ แปรปรวนของตัวแปรอื่นๆออกไปแล้ว ค่าดรرخนีไกเซอร์- ไมเยอร์- ออลคิน ควรมีค่าเข้าใกล้ 1 ถ้ามี ค่าน้อยแสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีน้อย และไม่เหมาะสมที่จะวิเคราะห์ตัวประกอบ ซึ่ง ถ้า ค่า KMO ต่ำกว่า 0.05 ไม่ควรใช้วิธีวิเคราะห์ตัวประกอบกับข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การหาปัจจัยขั้นต้นที่แทนกลุ่มตัวแปร โดยสกัดตัวประกอบ (Factor extraction) เป้าหมายของการสกัดตัวประกอบคือ การแยกตัวประกอบรวมให้มีจำนวนตัว ประกอบ น้อยที่สุด ที่สามารถนำค่าน้ำหนักตัวประกอบไปคำนวณค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ได้ค่า ใกล้เคียงกับเมทริกซ์ ของตัวแปรสังเกตได้อันเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ กระบวนการสกัดตัวประกอบนั้น คอมพิวเตอร์มีการ คำนวณทวนซ้ำหลายรอบ เริ่มจากการตั้งสมมติฐานว่ามีตัวประกอบเพียงตัวเดียว แล้วนำค่าแพกเตอร์ เมทริกซ์ไปคำนวณหาค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ เปรียบเทียบกับเมทริกซ์ข้อมูลเชิง ประจักษ์ ถ้ายังมีความ แตกต่างกันมากจะตั้งสมมติฐานว่ามีสองตัวประกอบ แล้วดำเนินการวิเคราะห์ ใหม่เรื่อยๆไปจนกว่าจะ ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้นั้นมีค่าใกล้เคียงกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกปัจจัย ในการสกัดปัจจัยนั้นจะได้หลายปัจจัย ดังนั้นจึงจำเป็นต้อง เลือกปัจจัยที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรได้สูง โดยพิจารณาจากค่าไอแกน (Eigenvalue) ซึ่งจะเลือกปัจจัยที่มีค่าไอแกน (Eigenvalue) ซึ่งจะเลือกปัจจัยที่มีค่าต่ำกว่า 1 มาใช้ และต้องพิจารณาจำนวนเปอร์เซ็นต์อธิบายตัวแปรด้วย De Vellis (1991) กล่าวว่าการเลือกปัจจัยนั้น ต้องมีจำนวนเปอร์เซ็นต์อธิบายปัจจัยอย่างน้อยร้อยละ 60 ขึ้นไป หรืออาจพิจารณาจากกราฟ Scree plot ซึ่งเป็นการนำค่าไอแกนของแต่ละปัจจัยมาเขียนกราฟ 2 แกน โดยใช้แกน X แทนปัจจัยและ แกน Y แทนค่าไอแกน การเลือกจำนวนปัจจัยจะดูจากเส้นกราฟที่อยู่เหนือกว่า 1 จะถือว่าจำนวน ค่าที่อยู่เหนือกว่า 1 เป็นค่าจำนวนปัจจัย

ขั้นตอนที่ 4 การหมุนแกนปัจจัย (Method of rotation) เทคนิคการหมุนแกน ในการวิเคราะห์ตัวประกอบใช้หลักการหมุนแกนอ้างอิง (Reference axes) ซึ่งเป็นแกนแทนตัว ประกอบให้แกนอ้างอิงผ่านจุดพิกต์ของตัวแปรให้มากที่สุด เพื่อให้ได้ตัวประกอบที่มีโครงสร้างง่าย (Simplestructure) ไม่ซ้ำซ้อนการหมุนแกนเชิงวิเคราะห์แบบต่างๆจัดได้เป็น 2 กลุ่ม คือ แบบตั้งฉาก และแบบมุมแหลม ดังนี้คือ

4.1 การหมุนแกนแบบตั้งฉาก (Orthogonal rotation) การหมุนแกนเชิงวิเคราะห์แบบตั้งฉาก แบ่งออกเป็นวิธีย่อยตามเกณฑ์ที่ใช้ดังนี้

4.1.1 การหมุนแกนแบบควอร์ติแมกซ์ (Quartimax rotation) วิธีนี้เป็น วิธีการหมุนแกน โดยใช้แกนกำลังสองของน้ำหนักตัวประกอบแต่ละแถว ในเมทริกซ์ตัวประกอบมี ค่าสูงสุด แต่ในสูตรการคำนวณต้องใช้ค่าน้ำหนักตัวประกอบกำลังสี่วิธีควอร์ติแมกซ์ คือ การทำค่า ผลรวมของกำลังสี่ของน้ำหนักตัวประกอบในแต่ละแถวให้มีค่าสูงสุด ผลจากวิธีนี้จะได้ตัวประกอบที่มี น้ำหนักตัวประกอบมีค่าสูงบางตัวแปร และมีน้ำหนักตัวประกอบปานกลาง และต่ำบนตัวแปรที่เหลือเป็นผลให้ได้เป็นตัวประกอบทั่วไป

4.1.2 การหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ (Varimax rotation) วิธีนี้เป็นการหมุน แกนโดยให้กำลังสองของน้ำหนักตัวประกอบแต่ละสดมภ์ (Column) ในเมทริกซ์ตัวประกอบมี ค่าสูงสุด วิธีนี้ได้ตัวประกอบที่มีตัวสร้างง่าย และได้ตัวประกอบเฉพาะ (Specific factor)ซึ่งทำให้การ แปลความหมายตัวประกอบสะดวกขึ้น Kim and Mueller (1978: 36-37) กล่าวว่าสูตรการคำนวณ ในการหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ ซับซ้อน และยากกว่าวิธีควอร์ริแมกซ์ แต่แบบแวร์ริแมกซ์ให้ตัว ประกอบที่มีโครงสร้างง่ายมากกว่า และแบบแผนของตัวประกอบมีแนวโน้มที่จะคงที่มากกว่าแบบวิธีควอร์ติแมกซ์ เมื่อมีการวิเคราะห์ตัวประกอบในกลุ่มตัวอย่างย่อยๆหลายกลุ่ม

4.1.3 การหมุนแกนแบบอีควอแมกซ์ (Equamax rotation) เป็นวิธีการหมุน แกนที่ผสมผสานวิธีวิธีควอร์ริแมกซ์ และวิธีแวร์ริแมกซ์ตัวประกอบที่ได้จะมีลักษณะกลางๆ ระหว่าง 2 วิธี

4.2 การหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique rotation) การหมุนแกนเชิงวิเคราะห์ แบบมุมแหลมแบ่งออกเป็นวิธีย่อยตามเกณฑ์ที่ใช้ได้ ดังนี้

4.2.1 การหมุนแกนแบบควอร์ติมิน (Quartimin rotation) หลักการเดียวกับ วิธีการหมุนแกนแบบควอร์ริแมกซ์ แต่ยอมให้ตัวประกอบมีความสัมพันธ์กัน ผลที่ได้จากการหมุนแกน วิธีนี้ได้ตัวประกอบที่เป็นตัวประกอบทั่วไป และค่อนข้างทำมุมแหลมต่อกันมากกว่าแบบอื่น

4.2.2 การหมุนแกนแบบโคแวริมิน (Covarimin rotation) หลักการเดียวกับ วิธีการหมุนแกนแบบแวร์ริแมกซ์ แต่ยอมให้ตัวประกอบมีความสัมพันธ์กัน ผลที่ได้จากการหมุนแกนวิธีนี้ ได้ตัวประกอบที่เป็นตัวประกอบเฉพาะและค่อนข้างทำมุมกันเป็นมุมแหลมที่มีขนาดเข้าใกล้มุมฉากมากกว่าแบบอื่น

4.2.3 การหมุนแกนแบบออบลิทิน (Oblimin rotation) เพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง ของวิธี คออร์ติมิน ซึ่งมีผลวิเคราะห์ให้ตัวประกอบที่ได้สัมพันธ์กันสูงมากไปและน้อยไป

ขั้นตอนที่ 5 การแปลผลและกำหนดชื่อตัวประกอบ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะต้อง กำหนดชื่อ หรือให้ความหมายปัจจัยที่พิจารณาว่า ตัวประกอบนั้นควรประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้าง เนื่องจากตัว ประกอบแต่ละตัวจะประกอบด้วยตัวแปรทุกตัวเป็นสมาชิก ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องเลือกตัว แปรที่น่าจะ เป็นสมาชิกของตัวประกอบนั้นโดยพิจารณาจากความคล้ายคลึงกัน ระหว่างตัวแปรที่อยู่ใน องค์กรประกอบ ถ้าผู้วิจัยค้นคว้ามาตามโครงสร้างของทฤษฎี ผู้วิจัยสามารถตั้งชื่อตามทฤษฎีที่ได้ค้นคว้า มาหรืออาจตั้งชื่อใหม่ที่สอดคล้องกับแนวความคิดของผู้วิจัยเองก็ได้ (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547 : 418) ซึ่งมีขั้นตอนโดยสรุปดังนี้

5.1 การจัดตัวแปรเข้าเป็นสมาชิกของตัวประกอบเดียว โดยพิจารณาจากน้ำหนัก ปัจจัย (Factor loading) ที่ได้หลังจากหมุนแกนแล้ว เลือกตัวแปรที่มีน้ำหนักปัจจัยมากที่สุดในตัว ประกอบใดเข้าเป็นสมาชิกของตัวประกอบนั้น

5.2 เลือกตัวแปรที่มีผลต่อตัวประกอบสูง โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาจัดตัว แปรเข้าตัว ประกอบ เช่น Factor loading ต้องมากกว่า 0.3 ขึ้นไป

5.3 ตั้งชื่อให้แต่ละตัวประกอบ โดยกำหนดชื่อที่สื่อความหมายลักษณะของตัวแปร ที่อยู่ใน ตัวประกอบนั้น ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้วิจัย

สำหรับการกำหนดน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบหรือตัวชี้วัดในการประเมินนั้นเป็น การให้ความสำคัญในแต่ละองค์ประกอบว่ามีมากน้อยเพียงใด องค์ประกอบใดควรพิจารณาเป็นอันดับ แรก และองค์ประกอบใดควรพิจารณาเป็นอันดับรองลงมา ค่าน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบที่ ต่างกันย่อมส่งผลให้ผลการประเมินต่างกันด้วย วิธีกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร ไม่มีเกณฑ์ตายตัวว่าควรใช้วิธีการใดจึงจะมีความเหมาะสมมากที่สุด ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของตัวแปรที่พัฒนาขึ้น ทำได้โดยให้น้ำหนักของตัวแปรเท่ากันทุกตัวหรือให้มีความแตกต่างกันในแต่ละตัว โดยมีวิธีการหลัก 3 วิธี คือ

1) การตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgment) โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะเสนอค่า น้ำหนักของตัวแปร แล้วหาข้อยุติด้วยวิธีการหาค่าเฉลี่ย ใช้แบบสอบถามหาค่าร้อยละ ใช้เทคนิค เดล ฟาย (Delphi technique) ใช้การอภิปรายลงความเห็น สัมภาษณ์ หรือสอบถามความคิดเห็นแล้ว นำ ข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักของตัวแปรองค์ประกอบ

2) การวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลาที่ใช้และ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร คือถ้าตัวแปรใดมีการใช้เวลาหรือค่าใช้จ่ายสูง หรือใช้ความพยายามมากกว่า ตัวแปรนั้นควรมีน้ำหนักมากกว่าหรือน้อยกว่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษา

3) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) เป็นการนำสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้น้ำหนักของแต่ละตัวแปร โดยอาจใช้หลักการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์ องค์ประกอบ การวิเคราะห์จำแนก หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคัล ทางสถิติในการวิเคราะห์ วิธีนี้อาจมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้ค่าใช้จ่ายสูง แต่ช่วยลดความลำเอียงของข้อมูล มีความเที่ยงและความตรงของข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นวิธีที่ดีที่สุด

ในงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploration Factor Analysis หรือ EFA) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบร่วม ที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบทำให้นักวิจัยลดจำนวนตัวแปรสังเกตได้ลง โดยการสร้างตัวแปรใหม่ในรูปขององค์ประกอบร่วม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะใช้ในการสำรวจข้อมูล กำหนดองค์ประกอบ อธิบายความแปรปรวนระหว่างตัวแปร เมื่อผู้วิจัยไม่มีหลักฐานอ้างอิงเพียงพอสำหรับเป็นกรอบของสมมติฐานเกี่ยวกับจำนวนขององค์ประกอบภายใต้ข้อมูลที่วัดได้

5.4 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบ

ประโยชน์ของการวิเคราะห์ตัวประกอบ มีดังนี้ (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2548)

5.4.1 ช่วยลดจำนวนตัวแปรจากตัวแปรจำนวนมากซึ่งมีความร่วมกันหรือมีความสัมพันธ์ กันทำให้เกิดปัญหาในการวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิเคราะห์ ปัจจัยที่สร้างขึ้นใหม่จะ ประกอบด้วยค่าความร่วมกันของตัวแปรต่างๆ จะทำให้สามารถหาค่าของปัจจัยแต่ละหน่วยตัวอย่างได้และเรียกค่าของปัจจัยว่า คะแนนปัจจัย (Factor score) ซึ่งมีผลให้สามารถนำปัจจัยที่สร้างขึ้นไป วิเคราะห์เทคนิคทางสถิติอื่นๆ ต่อไป เช่น การวิเคราะห์ความถดถอย การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก สถิติทดสอบ Z และ t เป็นต้น

5.4.2 จากปัจจัยที่สร้างขึ้นทำให้สามารถแก้ปัญหากรณีที่ข้อสมมติหรือเงื่อนไขของเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติบางเทคนิคไม่เป็นจริง เช่น เทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ การวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ซึ่งมีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ในทางปฏิบัติมักพบว่าตัวแปรอิสระหลายๆตัวมักมีความสัมพันธ์กัน วิธีการแก้ปัญหาวิธีหนึ่งก็คือ การใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในปัจจัยเดียวกัน และถ้าสามารถทำให้แต่ละปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กันแล้วจะสามารถใช้ปัจจัยที่สร้างขึ้นใหม่เป็นตัวแปรอิสระในเทคนิคดังกล่าวข้างต้น โดยที่ปัจจัยต่างๆ นั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน ทำให้สามารถแก้ปัญหาของเงื่อนไขของเทคนิคดังกล่าวได้

5.4.3 ทำให้ผู้ศึกษาทราบถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร ทราบว่ามีตัวแปรใดบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กันมากหรือมีความร่วมกันสูง ตัวแปรใดบ้างที่ไม่สัมพันธ์กันหรือมีความสัมพันธ์กันน้อย

5.4.4 การที่ทราบความหมายของปัจจัยต่างๆทำให้เมื่อนำปัจจัยไปเป็นตัวแปรเพื่อวิเคราะห์ต่อไปนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายมากในทางปฏิบัติ เพราะทำให้สามารถอธิบายความหมายหรือเปรียบเทียบปัจจัยในด้านต่างๆได้

5.4.5 ทำให้สามารถตรวจสอบหรือยืนยันโครงสร้างของตัวแปรว่ามีลักษณะอย่างไรที่คาดไว้หรือไม่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน

5.4.6 ทำให้ทราบน้ำหนักหรือความมีส่วนร่วมของตัวแปรแต่ละตัวในปัจจัยต่างๆ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยประเทศไทยพบมี 2 เรื่องดังนี้

ธีระชล สาดสิน (2560) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกรุงเทพมหานคร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 9 โรงพยาบาล จำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตาย 3) แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ 4) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา 6) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วารินา หนูพินิจ (2559) โดยปรับเพิ่มข้อคำถามและดัดแปลงเนื้อหาบางส่วน เพื่อให้ Ref. code: 25595714032066TGA สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ดังนั้น แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลฉบับภาษาไทยมีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตคิดเป็นร้อยละ 61.5 การรับรู้เกี่ยวกับหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่คิดเป็นร้อยละ 62.7 ความต้องการในการศึกษาหรืออบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 70.4 โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียวจาก 4 ข้อคำตอบ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อหลักดังนี้ 1) ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษานี้พบว่าความสามารถในการให้การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิลาวรรณ แก้วทองและคณะ (2560) ศึกษาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามด้านสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการทบทวนวรรณกรรมกรอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง โดยสรุปเป็นสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนซึ่งครอบคลุมสมรรถนะทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะทางคลินิก สมรรถนะทางจิตวิญญาณ/จิตสังคมและสังคมสมรรถนะทางการสื่อสารและทำงานเป็นทีมสมรรถนะทางจริยธรรมสมรรถนะทางวัฒนธรรม และสมรรถนะในการสอนให้ความรู้ รวมทั้งหมดจำนวน 32 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด ชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุดมากน้อยและน้อยที่สุด ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลในพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ 398 คน พบว่าพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิมีการแสดงออกสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนโดยรวมในระดับสูง เมื่อจำแนกพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ส่วนสมรรถนะทางคลินิกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเพียงด้านเดียว พยาบาลจึงต้องมีการบูรณาการบทบาทหลายด้านในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้ ทักษะ รวมถึงสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อดูแลตามบทบาทดังกล่าว ประกอบกับพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิมีโอกาสดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนโดยใช้อาศัยสมรรถนะที่มีแสดงออกในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุให้ส่งผลต่อพยาบาลในการประเมินสมรรถนะตนเองว่ามีการแสดงออกของสมรรถนะอยู่ในระดับสูง

วารินา หนูพินิจ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและการสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ได้ประยุกต์จากเครื่องมือแบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู สร้างขึ้นโดยมอนทากนินี สมิธ และบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) โดยข้อคำถามต้นฉบับมีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) ด้านการจัดการกับอาการ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการสื่อสาร 6) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแลและ 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยปรับเพิ่มข้อคำถามและดัดแปลงเนื้อหาบางส่วนและเพิ่มข้อคำถามเป็น 34 ข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของประเทศไทย แบบประเมินสมรรถนะมีลักษณะคำถามเป็นแบบ

ให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยการทดสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง

สุธารัตน์ กุศลตันมาศ (2557) ศึกษาประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยใช้วิธีการวิจัยคุณภาพเชิง ปราบกฏการณ์วิทยาด้าน ความหมายของประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้าย ของชีวิต สามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลัก 1) การทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบ ประคับประคอง ประกอบด้วย 1.1) ใช้ความรู้คู่ทักษะและประสพการณ์ในการดูแล 1.2) เรียนรู้จาก ประสพการณ์ 1.3) การได้รับการอบรม 2) การจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและ ครอบครัว ประกอบด้วย 2.1) อธิบายช่วยด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุดและ 2.2) ดูแลเหมือนญาติใกล้ชิด และด้านประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ 1) การจัดการเพื่อการตายดี 2) การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยครอบครัว และทีมผู้ดูแลเมื่อต้องเผชิญกับความตาย และ 3) การจัดการปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้ายของชีวิต

นุชนาถ ศรีสุวรรณและคณะ(2557) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับ ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและครอบครัว ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด การสื่อสารของ เดอร์ลัวและแลตเนอร์ (DeLaune & Ladner, 2011) และสมรรถนะในการสื่อสารที่ จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ ดาห์ลิน (Dahlin, 2010) ซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะในการ สื่อสาร 5 ด้าน จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ สมรรถนะด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4 ข้อ สมรรถนะ ด้านกระบวนกรบอกข่าวร้าย 7 ข้อ สมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ความตาย 5 ข้อ สมรรถนะด้านการสื่อสารกับครอบครัว 4 ข้อ และสมรรถนะด้านการสื่อสารระหว่างทีมและการทำงานเป็นทีม 4 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดย เครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเพิ่มเติม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่าการได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ สื่อสารกับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและครอบครัว ($r = 0.24, p < 0.01$)

วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์และธารทิพย์ วิเศษธาร (2558) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชโดย

ใช้แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.80 พบว่าผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการผู้ป่วย ด้านการจัดระบบการให้คำปรึกษาแก่ทีม พยาบาลและส่งผลต่อให้กับทีมสหวิชาชีพในกรณีมีปัญหาซับซ้อนในการดูแลเป็นรูปแบบการดูแลที่ดีใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ดารารวรรณ รองเมือง ,ฉันทนา นาคฉัตรีย์และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561) ศึกษาสมรรถนะใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้แบบ ประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ที่สร้างขึ้น และใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ข้อถามให้เลือกตอบถูกผิดหรือไม่ทราบ จำนวน 24 ข้อ 2) แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย ระยะ สุดท้ายเป็นแบบประเมินความรู้สึกความเชื่อและความคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย มีข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือก 5 ระดับ ตรวจสอบความครอบคลุมของ เนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.87 มีค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.84 ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ด้าน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำแต่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองในระดับดีและรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองในระดับปานกลาง

ในต่างประเทศมีการสร้างแบบประเมินสมรรถนะโดยกำหนดแบบรายการเป็นรายด้านโดย ให้ผู้ถูกประเมินสาธิตการปฏิบัติและมีผู้เชี่ยวชาญร่วมสังเกตการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการ ดูแลแบบประคับประคองในแต่ละรายได้โดยกำหนดผลการประเมินเป็นระดับตามความชำนาญ End of Life Care Clinical Competencies for Palliative / End of Life Specialists (End of Life Core Competency Framework St Christopher's Hospice, 2012) แบ่งระดับสมรรถนะเป็น 3 ระดับได้แก่ 1)ระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยมี ความเข้าใจทฤษฎีและหลักการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ต้องการความช่วยเหลือและอยู่ภายใต้การดูแลของ ผู้ชำนาญการ 2) ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การ ปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีสามารถปฏิบัติงานให้การดูแลที่เหมาะสมและแก้ปัญหาที่มี ความซับซ้อนและ/หรือจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม 3) ระดับผู้ชำนาญ (Expert) คือพยาบาล วิชาชีพที่มีประสบการณ์มากสามารถตัดสินใจและเลือกวิธี การแก้ไขปัญหาได้อย่าง

ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมมีความเข้าใจในทฤษฎีและหลักการปฏิบัติแสดงให้เห็นถึงความคิดริเริ่ม และแก้ปัญหา/ความเสี่ยงที่มีความซับซ้อนสามารถสอนและประเมินผู้อื่นและมีคุณสมบัติเป็นพยาบาล พี่เลี้ยงได้

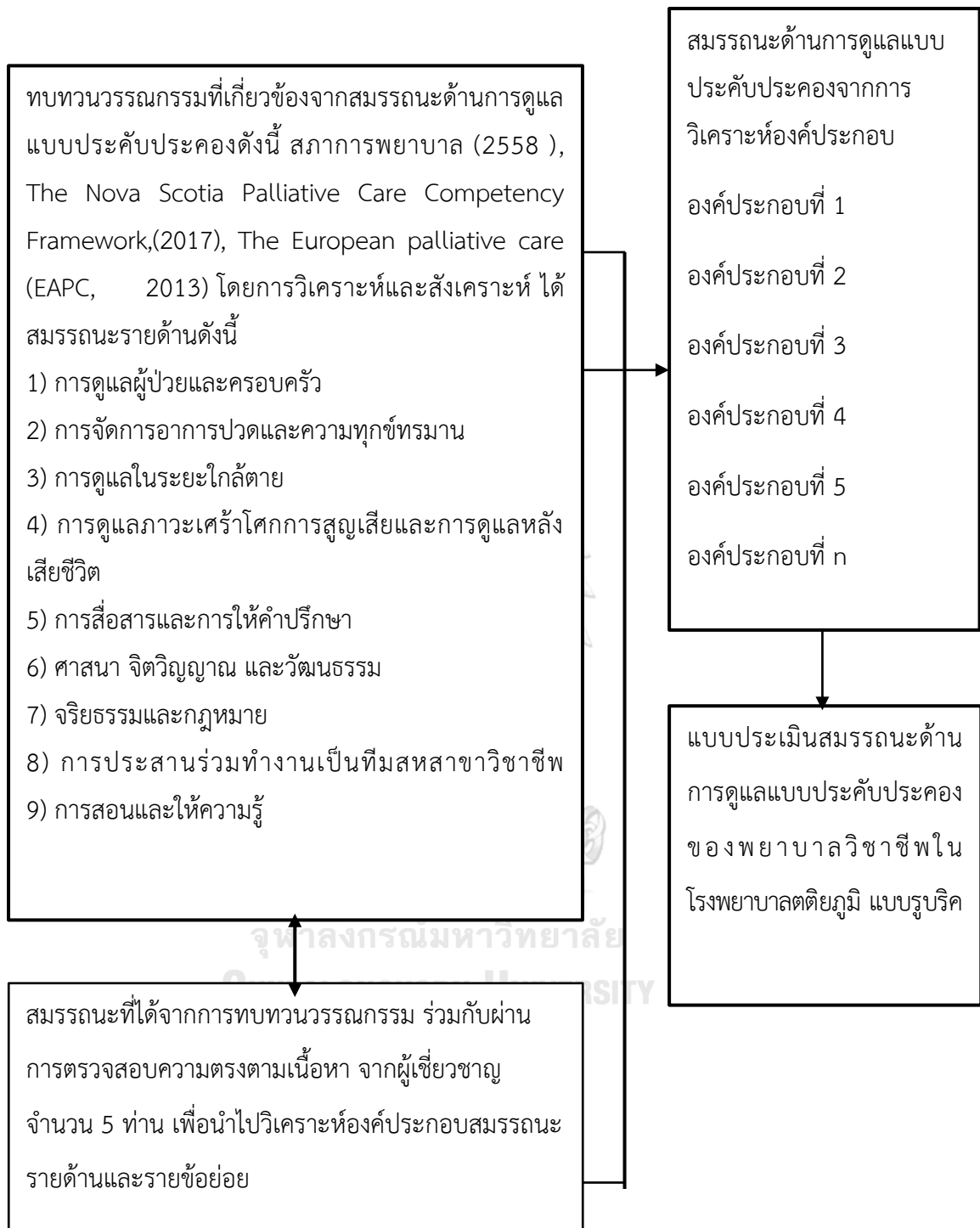
มีการแบ่งสมรรถนะหลัก 3 รายด้าน คือ 1) ทักษะในการติดต่อสื่อสาร มีรายการสมรรถนะย่อย 7 ข้อดังนี้ 1.1) แบบอย่างที่ดีมีประสิทธิภาพทักษะการสื่อสารและให้คำแนะนำในการดูแลในระยะใกล้ตายได้ 1.2) ทำงานร่วมกับผู้ป่วยผู้ดูแลและเพื่อนร่วมงานเสนอข้อมูลในการตัดสินใจร่วมกันวางแผนการรักษาภายในหลักการดูแลล่วงหน้าการวางแผนความยินยอมที่ถูกต้องเพื่อประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย 1.3) ให้การสนับสนุนผู้ป่วยหรือเพื่อนร่วมงานเพื่อให้มีการดูแลในระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม 1.4) ประสานงานกับผู้ดูแลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อมีปัญหาการสื่อสารที่ซับซ้อน 1.5) ปฏิบัติตามนโยบายท้องถิ่นร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยจัดทำเอกสารการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำให้ฟื้นคืนชีพ 1.6) เป็นผู้ประสานงานหลักในกระบวนการการติดต่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์ซับซ้อน 1.7) มีการส่งข้อมูลการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น ร่วมประเมินและจัดการวางแผนกับทีมพยาบาลชุมชน 2) ด้านการประเมินและการวางแผนการดูแลมีรายการสมรรถนะย่อย 8 ข้อ ดังนี้ 2.1) รับรู้และตอบสนองต่อสัญญาณของภาวะฉุกเฉินในการดูแลแบบประคับประคองฉุกเฉิน (เช่น ให้การรักษาตามอาการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี) 2.2) สนับสนุนและจัดการปัญหาที่ซับซ้อนตามความต้องการของผู้ดูแล 2.3) สามารถวิเคราะห์และตีความประวัติทางคลินิกเชิงลึกได้ 2.4) ดำเนินการตรวจทางคลินิกโดยเน้นการตรวจร่างกายที่เหมาะสม 2.5) เป็นผู้ดำเนินการวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้คำปรึกษากับทีมดูแลตามความเหมาะสม 2.6) สนับสนุนส่งเสริมให้สมาชิกที่ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการในวาระสุดท้ายของชีวิต 2.7) สนับสนุนร่วมประสานงานกับทีมให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องดูแลตามความจำเป็น 2.8) มีการประสานงานส่งต่อการดูแลให้กับหน่วยงานในชุมชน และ 3) ด้านการจัดการอาการ การดูแลความเป็นอยู่และความสุขสบาย มีรายการสมรรถนะย่อย 7 ข้อ ดังนี้ 3.1) มีความรู้ในเชิงลึก ในการจัดการที่ซับซ้อนในภาวะใกล้ตาย 3.2) จัดการภาวะฉุกเฉินในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3.3) รับฟังคำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการกับอาการ/ปัญหาที่ซับซ้อน 3.4) สามารถอภิปรายกฎหมาย จริยธรรมวิชาชีพ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทีมได้ 3.5) ปฏิบัติตามหลักการดูแลโดยให้ได้รับอาหารและสารน้ำตามความยินยอมของผู้ป่วย 3.6) ค้นหาคนในครอบครัวที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยให้เข้าการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต 3.7) สร้างงานวิจัยทางคลินิกการประเมินและสังเคราะห์ผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ สรุปข้อรายการย่อย มีทั้งหมด 22 ข้อรายการ เป็นแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองมีการวัดผลโดยให้ผู้เชี่ยวชาญสังเกตจากการปฏิบัติงานและการสอบถามเกณฑ์ในการประเมิน : ให้พยาบาลแสดงความรู้และทักษะทางคลินิกในการดูแลในระยะสุดท้ายชีวิตโดยไม่ต้องให้ความช่วยเหลือและ / หรือการกำกับดูแลโดยตรง (ระดับ 4 – 1) การประเมินผลในทางปฏิบัติจะต้อง

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสามารถในระดับ 4 หรือสูงกว่าเกณฑ์วิธีการประเมินระดับที่ทำได้ ไม่ได้มีการสร้างมาตรวัดให้พยาบาลประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองและไม่ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินแบบรูบริค

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ายังไม่มีการสร้างและพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแบบรูบริค พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคองต้องมีความเชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะด้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนซึ่งผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายเพื่อประคับประคองอาการไปจนกระทั่งเสียชีวิตในโรงพยาบาลตติยภูมิและนำเครื่องมือประเมินไปพัฒนาระบบการฝึกอบรมเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง ตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นการสังเคราะห์แนวคิด ทั้ง 3 แนวคิด สภาการพยาบาล (2558), The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework, (2017); The European palliative care (EAPC, 2013) บูรณาการร่วมกับแนวคิดการสร้างและพัฒนาแบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินแบบรูบริค (สมศักดิ์ ภูวิภาดาพรรณ, 2544) สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินซึ่งมีวิธีการดำเนินงานวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสังเคราะห์ตัวบ่งชี้สมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิและข้อรายการสมรรถนะย่อยเพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิและตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง ความตรงเชิงโครงสร้าง

ระยะที่ 2 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ประกอบด้วยขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

การสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิใช้หลักการสร้างเครื่องมือบนพื้นฐานของทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิมและประยุกต์แนวคิดของ Burn and Grove (2013) มี 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นิยามแนวคิดของมโนคติ (Define the concept)

1.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสังเคราะห์รายการสมรรถนะจากแนวคิดของสภาการพยาบาล (2558) เป็นแนวคิดหลักร่วมกับแนวคิดของ, The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework (2017), The European palliative care (EAPC, 2013) นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์กับของต่างประเทศสรุปสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ มีทั้งหมด 9 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะรวม 54 ข้อ คือ

- 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มี 6 ข้อ
- 2) การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน มี 6 ข้อ
- 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย มี 8 ข้อ
- 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต มี 4 ข้อ
- 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษา มี 12 ข้อ
- 6) จริยธรรมและกฎหมาย มี 5 ข้อ
- 7) ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มี 3 ข้อ
- 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มี 4 ข้อ
- 9) การสอนและให้ความรู้ มี 6 ข้อ

เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิตั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 สร้างข้อคำถามโดยนำเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นแบบสอบถามการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การใช้สำนวน ภาษาและปรับแก้ไขร่วมอาจารย์ที่ปรึกษาก่อน จากนั้นนำแบบสอบถามส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อนำไปเก็บข้อมูล โดยมีการปรับปรุงภาษาให้เข้าใจง่ายและเพิ่มรายละเอียดข้อรายการสมรรถนะให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 เสาะหาผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องที่จะศึกษา (Seek item review) ใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนด คุณสมบัติ คือ มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป จำนวน 5 คน ได้แก่

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการสร้างเครื่องมือวิจัย เพื่อร่วมพิจารณาเนื้อหาของคำถามสะท้อนกลับในเรื่องความถูกต้องเหมาะสม

จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่าง คำถามกับ คำนิยามหรือตามแนวคิด ทฤษฎี ความชัดเจนของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาและข้อเสนอแนะโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ในงานวิจัยนี้ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามได้เท่ากับ .86 นำ

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ มาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากแก้ไขปรับปรุง บางส่วนจำนวน 4 ข้อ คือ ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ตัดข้อ 6 ออกไปอยู่รายด้านการสอน และการให้ความรู้ ด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษาตัดข้อที่ 9 ออกเนื่องจากไม่อยู่ในคำนิยาม ของการสื่อสาร และในรายข้อที่ 10 ความหมายใกล้เคียงกับข้อที่ 11 ให้ปรับรวมกัน ส่วนด้านการ สอนและการให้ความรู้ นำข้อที่ 1 และข้อที่ 5 มาปรับรวมกันตัดข้อ 4 ออกไปรวมกับด้านการประสาน ทำงานเป็นทีม ได้เป็นแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลระดับประคองของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งสิ้นจำนวน 50 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 นำเครื่องมือไปทดลองใช้เบื้องต้น (Conduct preliminary item try outs)

นำเครื่องมือไปทดลองใช้เบื้องต้น (Conduct preliminary item try outs) โดยนำเครื่องมือฉบับร่าง ซึ่งปรับแก้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง 30 คน ขออนุญาตทดลองใช้ ในโรงพยาบาลสงฆ์ ที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเป้าหมาย (Burn and Grove, 2013) ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ค .98 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินรายด้านและทั้งฉบับโดย วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ขั้นตอนที่ 4 นำเครื่องมือวิจัยที่ปรับแก้ไขแล้ว ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของ กลุ่มประชากร (Perform a field test) Spector (1992 อ้างในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) กล่าวว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อย่างน้อย 100-200 คน ในขณะที่ DeVellis, 2003 เสนอว่าควรใช้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน จึงจะถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ

ขั้นตอนที่ 5 ศึกษาความตรงของเครื่องมือวิจัย (Conduct validity studies) ในการ วิเคราะห์ความ ตรงของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหาและการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

สรุปการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 การสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบ สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยได้ องค์ประกอบสมรรถนะจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและสังเคราะห์สมรรถนะ รายด้านจาก 11 รายด้าน ได้จำนวน 9 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) การจัดการ อาการปวดและความทุกข์ทรมาน 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสีย และการดูแลหลังเสียชีวิต 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษา 6) จริยธรรมและกฎหมาย 7) ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 9) การสอนและให้ ความรู้ ได้ข้อรายการสมรรถนะย่อย 54 ข้อ เสร็จแล้วส่งให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิปรับ แก้ไขภาษา รายการสมรรถนะย่อยในรายการให้เหมาะสมตามแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบ

ระดับประคองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง สรุปได้ข้อรายการสมรรถนะย่อย 50 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ทำการเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ในการกำหนดองค์ประกอบหลักและพิจารณาตัวแปรย่อยจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 3 แห่ง ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาล คือ เป็นโรงพยาบาลที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองจากและมีหอผู้ป่วยในที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 300 เตียงขึ้นไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการศึกษาโรคมะเร็งขนาด 120 เตียง จำนวน 2 แห่ง มีพยาบาลทั้งหมดจำนวน 1400 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและมีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 3 แห่ง ซึ่งถือว่าเป็นพยาบาลระดับชำนาญการ สามารถวิเคราะห์และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้ง ถูกต้องและแม่นยำ (สำนักการพยาบาล, 2548; Benner, 1984) ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาตามข้อตกลงเบื้องต้นของการ ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) เป็นการเลือกจากประชากรเพื่อให้มีจำนวนเพียงพอใน การวิเคราะห์ตัวประกอบซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์ดี คือ ขนาด 300-500 คน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) จำนวนทั้งสิ้น 350 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การวิเคราะห์ตัวประกอบในการเก็บข้อมูลพบว่าข้อมูลขาดความสมบูรณ์หรือสูญหายไปประมาณ ร้อยละ 5- 20 (จารุวรรณ ศรีทอง, 2540; กฤษณา พุกอิม, 2546) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 15 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน เป็นจำนวน 407 คน ตามสัดส่วนของพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2 จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของพยาบาลทั้งหมดในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล } g = \frac{\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด} \times \text{จำนวนพยาบาลรพ.ก}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	1200	308
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	250	77
3. จุฬารัตน์	150	42
รวม	1400	407

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วยในที่ให้ การดูแลแบบประคับประคองอาการ โดยการ คำนวณตามสัดส่วนกับพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ผู้วิจัย ขอความร่วมมือไปยังผู้ประสานงานใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ให้ได้ จำนวนตัวอย่างครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไป (n=387)	
		จำนวน	อัตราส่วน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	20	5.2
	หญิง	367	94.8
อายุ	20-25	7	1.8
	26-30	110	28.4
	31-35	75	19.4
	36-40	76	19.6
	41-45	68	17.6
	46-50	23	5.9
	51-55	20	5.2
	56-60	8	2.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไป	
	จำนวน (คน)	อัตราส่วน(ร้อยละ)
การศึกษา		
ปริญญาตรี	329	85.0
ปริญญาโท	58	15.0
ประสบการณ์ในการทำงาน		
5-10	212	54.8
11-15	65	16.8
16-21	52	13.4
21-25	33	8.5
26-30	15	3.9
31-35	10	2.6
อบรมด้านการดูแลระดับประคอง		
ไม่เคยเข้ารับการอบรม	192	49.6
เดือนละ 1 ครั้ง	25	6.8
6 เดือน/ครั้ง	16	4.1
ปีละครั้ง	154	39.8

จากตารางที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามไป 407 ชุด สามารถเก็บแบบสอบถามคืนมาได้ 387 ชุด (ร้อยละ 95.06) ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาลงรหัส (Coding) ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าช่วงอายุของผู้ตอบแบบสอบถามที่มากที่สุดคือ มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 28.4 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 329 คน คิดเป็นร้อยละ 85 เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลแบบประคอง พบว่ามีประสบการณ์ในการทำงานมากที่สุด อยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 และเมื่อจำแนกตามการเข้ารับการอบรมด้านการดูแลแบบประคอง พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคอง จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 49.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถามการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมิน ลักษณะคำถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิ การศึกษา ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การเข้ารับการฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักจำนวน 54 สมรรถนะย่อย มาสร้างเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผลการพิจารณาพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยกำหนดสมรรถนะหลัก 9 รายการ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นทั้งหมดของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงสมรรถนะย่อย ปรับข้อความสมรรถนะให้เหมาะสมตามค่านิยามรวมทั้งปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ เหลือรายการสมรรถนะย่อยที่ใช้ประเมินทั้งหมด 50 ข้อรายการ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ แล้วมากำหนดระดับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพแบบบูรณาการโดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับเพื่อใช้เป็นคู่มือในการประเมินต่อไป

แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ มีเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับของข้อรายการ สมรรถนะ 5 ระดับ เป็นแบบสอบถามปลายปิดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมี เกณฑ์การกำหนดคะแนนในแต่ละระดับเป็น 1-5 คะแนน ดังนี้ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- | | |
|---|---|
| 5 | หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญมาก |
| 3 | หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญปานกลาง |
| 2 | หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญน้อย |
| 1 | หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญน้อยที่สุด |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ(Seek The Content Experts) จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาเครื่องมือผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านแล้ว ซึ่งค่า CVI ที่ยอมรับได้คือมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .80 ขึ้นไป เครื่องมือวิจัยฉบับนี้มีค่า CVI 0.86 จึงถือว่าแบบประเมินสมรรถนะที่พัฒนามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Burn & Grove, 2009) โดยกำหนดคุณสมบัติและคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาดังนี้

- 1.1 อาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล และเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล และเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 1 ท่าน
- 1.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลขึ้นไป และเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน

2. การทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน

โดยการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการวิเคราะห์หองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงข้อคำถามแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยใน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 5 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือที่โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาการระยะท้าย โดยพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยใช้แนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของสภาการพยาบาลเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมด มาคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.98 ซึ่งค่าแอลฟาที่ยอมรับได้ในระดับต่ำสุด คือ .70 หรือมากกว่าขึ้นไปแสดงว่ามีความเที่ยงภายในเครื่องมือเพียงพอที่จะนำไปใช้ (Burn and Grove, 2013)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการตรวจสอบและปรับแก้ไขข้อขัดข้องในการทดลองใช้แบบประเมิน เรื่องการใช้ภาษา การทำความเข้าใจกับผู้ประเมิน เน้นการให้ระดับความสำคัญของข้อรายการสมรรถนะย่อย เพื่อให้ผู้ประเมินเข้าใจตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยยื่นคำร้องขอให้ออกหนังสือขออนุญาต ทดลองใช้เครื่องมือในโรงพยาบาล สงฆ์ และหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการ จำนวน 4 โรงพยาบาล เพื่อขออนุมัติในการรวบรวมข้อมูล พร้อมกับแนบโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและแบบสอบถามอย่างละ 1 ชุด

3.2 นำบันทึกข้อความพร้อมแนบหนังสือขออนุมัติการทำวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติและส่งถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไปในการตอบแบบสอบถาม

3.3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามจำนวน 407 ชุด ผ่านฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลโดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์จำนวน 42 ชุด เก็บได้ 42 ชุด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 308 ชุด เก็บได้ 278 ชุด และสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 77 ชุด เก็บได้ 67 ชุด โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 เดือน โดยให้หอผู้ป่วยส่งแบบสอบถามคืนกลับให้ที่ฝ่ายการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยไปปรับแบบสอบถามคืนจากฝ่ายการพยาบาลของแต่ละแห่ง มาตรวจสอบความสมบูรณ์พบว่า มีแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้รวม 387 ชุด นำมาลงรหัส (coding) เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้แนบหนังสือขอความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยพร้อมแบบสอบถามทุกฉบับ และชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง โดยจัดทำเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรถึงกลุ่มตัวอย่างทุกราย ดังนี้ สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยมีหนังสืออธิบาย หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามและส่งกลับคืนได้ กรณีสมัครใจตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุลลงไป และการรายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม โดยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาบันทึกข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จริยธรรมผู้วิจัย

ผู้วิจัยใช้ข้อปฏิบัติทางจริยธรรมขั้นพื้นฐาน 3 ประการ โดยการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนคือ การขอยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล (Informed consent) การรักษาความลับของแหล่งข้อมูล (Confidentiality) และการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับแหล่งข้อมูลอันเนื่องมาจากการให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการวิจัย (Consequence) โดยอธิบายรายละเอียด วิธีปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 4 แห่ง (รายละเอียดในภาคผนวก ค) และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัย ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลเฉพาะในส่วนที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวในการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยยืนยันว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อหน่วยงาน เนื่องจากผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง

2. ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะใช้รหัสข้อมูลที่ใช้เฉพาะในงานวิจัยครั้งนี้และเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบแล้วเท่านั้น

3. ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัวเอง ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการได้รับการปกปิดข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไว้เป็นความลับ อธิบายให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับทั้งต่อผู้ร่วมวิจัยและต่อผู้อื่น ผู้วิจัยให้ที่อยู่และวิธีการติดต่อที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยสะดวก ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่สูญเสียสิทธิใดๆ ที่พึงมีพึงได้จากการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
- 2) การศึกษาคุณภาพของแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะ การดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความตรงตามเนื้อหา โดยการคำนวณค่า CVI (Content Validity Index: CVI) ขึ้นไปซึ่งค่า CVI ที่ยอมรับได้คือมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1994: 419 อ้างในอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2558) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยได้ค่า CVI 0.86 แล้วนำไปเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบหลัก (Factor Analysis)

3) การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนดังนี้

3.1) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปร โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) แสดงออกในรูปเมทริกซ์สหสัมพันธ์ พร้อมกับทดสอบความมีนัยสำคัญของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ เพื่อแสดงให้เห็นว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง ($r \geq 3$) หรือไม่น้อยกว่า .20 แล้วคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $r < .20$ ออกเพื่อให้ตัวประกอบที่สกัดได้มีค่าความร่วมกันสูง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) รวมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ ด้วยการใช้การตรวจสอบ Bartlett's test of sphericity โดยพิจารณาที่ค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 เพื่อแสดงว่าข้อมูลเหมาะกับการวิเคราะห์ตัวประกอบ และใช้ดัชนี Kaiser -Meyer -Olkin (KMO) ซึ่งเป็นค่าที่บอกให้ทราบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์ตัวประกอบหรือไม่ โดยค่า KMO มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ดังนี้

ค่า KMO .90 ขึ้นไป แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ค่า KMO .80 - .89 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับมาก

ค่า KMO .70 - .79 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่า KMO .60 - .69 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับน้อย

ค่า KMO .50 - .59 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับน้อยมาก

ผลการทดสอบค่า KMO มีค่า .98 ซึ่งมีค่ามากกว่า .90 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์ตัวประกอบในระดับมากที่สุด

3.2) การสกัดตัวประกอบ (Factor extraction) เป็นการกำหนดหรือหาว่าควรมีตัวประกอบกี่ตัวประกอบที่สำคัญ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ตัวประกอบหลัก (Principal component analysis) ตัวแปรสังเกตได้จะถูกเปลี่ยนรูปให้เป็นตัวประกอบหลักซึ่งเขียนอยู่ในรูปผลบวกเชิงเส้นของตัวแปร โดยที่ตัวแปรส่วนประกอบตัวแรกต้องอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้มากที่สุด จากนั้นจึงสร้างตัวแปรส่วนประกอบตัวที่สองที่ไม่สัมพันธ์กับตัวแปรตัวแรกให้อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้ที่เหลืออยู่ให้มากที่สุดเรื่อยๆ และเมื่อคิดรวมกันตัวแปรส่วนประกอบทุกตัว อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรเดิมได้ร้อยละ 100

3.3) หมุนแกนตัวประกอบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ตัวประกอบแต่ละตัวมีความ ชัดเจน และแตกต่างกันในการอธิบายตัวแปรเดิม โดยหมุนแกนตัวประกอบแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) ผู้วิจัยพิจารณาตัวประกอบตามเกณฑ์ คือ ตัวประกอบ นั้นต้องมีค่าไอแกน (Eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป โดยตัวประกอบแต่ละตัวแปรต้องมีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ 0.35 ขึ้นไป

3.4) นำผลการวิเคราะห์ตัวประกอบไปแปรผลและกำหนดชื่อตัวประกอบให้ สอดคล้องกับตัวแปรที่อยู่ในตัวประกอบนั้นๆ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดชื่อตัวประกอบจากการพิจารณาตาม ลักษณะตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นๆ ได้เป็นตัวประกอบองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่สำคัญ เสนอในรูปตารางและเรียงความ ดังปรากฏผลในบทที่ 4

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่าหรือเท่ากับ .45 นำมากำหนดข้อรายการสมรรถนะย่อยการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในแต่ละรายด้านร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินประเมินแบบบูรณาการอีกครั้งได้ค่า $CVI = 0.89$ โดยได้แนะนำให้ผู้วิจัยปรับการใช้สำนวนภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย ในการวัดประเมินพฤติกรรม แต่ยังคงมีความหมายคงเดิม และผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับผู้วิจัย ในการกำหนดคำอธิบายพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินตามแต่ละระดับสมรรถนะ พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบบูรณาการ กำหนดเกณฑ์คะแนนเป็น 3 ระดับ โดยคิดเป็นร้อยละ 100 โดยผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับการใช้ข้อรายการสมรรถนะย่อยผู้วิจัยขอยกตัวอย่างดังนี้ รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ง

สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด

ข้อที่ 1 สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ

หลังจากส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยปรับแก้การใช้สำนวนภาษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาดังนี้

สมรรถนะย่อยข้อที่ 1.ประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมวางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เป็นการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. ผลการสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ
2. ผลการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ
3. ผลการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองทั้ง 3 แนวคิด ได้แก่ สภาการพยาบาล(2558), The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework (2017), The European Association for palliative care (EAPC, 2013) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดดังกล่าวและได้เลือกใช้ แนวคิดของสภาการพยาบาล (2558) เป็นแนวคิดหลัก ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วสังเคราะห์ข้อรายการสมรรถนะหลักได้ 9 รายการ 54 ข้อรายการย่อยนำไปสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ นำรายการสมรรถนะที่ได้มาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.86 โดยได้แนะนำให้ผู้วิจัยปรับแนวข้อคำถามในบางรายด้านออกเพื่อลดจำนวนข้อของแบบประเมินและแก้ไขข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับสมรรถนะข้อรายการหลัก เพื่อให้สะดวกกับการนำไปใช้ประเมินจริงคงจำนวนสมรรถนะหลัก 9 ด้านดังเดิม แต่ปรับลดข้อรายการย่อยเหลือ 50 ข้อ ดังนี้

- 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มี 6 ข้อ เหลือ 5 ข้อ
- 2) การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน มี 6 ข้อ คงเดิม
- 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย มี 8 ข้อ คงเดิม
- 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตมี 4 ข้อ คงเดิม
- 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษากันจาก 12 ข้อ เหลือ 10 ข้อ
- 6) จริยธรรมและกฎหมาย มี 5 ข้อ คงเดิม
- 7) ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มี 3 ข้อ คงเดิม
- 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เดิมมี 4 ข้อ เพิ่มมาจากด้านที่ 9 เป็น 5 ข้อ
- 9) การสอนและให้ความรู้ มี 6 ข้อ เหลือ 4 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว ตรวจสอบความตรงด้วยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) หรือค่า CVI ได้ค่า 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Davis, 1992) ดังแสดงในภาคผนวก ง

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้างของแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบ
สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

2.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบ
ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบ
ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
1	18	สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด ตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ	4.32	0.71	มาก
2	4	สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน ให้การ พยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว	4.25	0.71	มาก
3	19	สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตาม ความเชื่อ ทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทาน การสะเดาะ เคราะห์ การโปรตศีลเจิม การทำละหมาด ให้นำสิ่งของที่มี ความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไมกางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น	4.16	0.72	มาก
4	5	สามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับ ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้	4.16	0.73	มาก
5	16	สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตาม ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วย ดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม	4.16	0.71	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
6	21	มีทักษะในการรับฟัง เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบาย ความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วย เสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม	4.16	0.71	มาก
7	32	สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลและความ ทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสี หน้าท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย พักหน้าเพื่อตอบสนองทาง อารมณ์ แสดงท่าทีที่เป็นมิตรให้เกียรติและเคารพการ ตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	4.12	0.71	มาก
8	6	สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ โดยใช้ เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการ อาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยได้	4.11	0.72	มาก
9	34	มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจรรยาบรรณทางการพยาบาล จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย	4.11	0.72	มาก
10	13	มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อม รับกับความสูญเสีย	4.08	0.72	มาก
11	29	สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสาร เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน ยอมรับในการ ตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	4.06	0.70	มาก
12	9	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของยาบรรเทาปวดและ ป้องกันอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับความปวด ให้การ บริหารยาบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา	4.06	0.69	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
13	43	ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตน โดยสร้างความเข้าใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	4.06	0.71	มาก
14	12	มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	4.05	0.75	มาก
15	15	สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม กับวัฒนธรรม ความเชื่อและ ศาสนา	4.05	0.74	มาก
16	14	สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.05	0.75	มาก
17	28	สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสารยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	4.05	0.71	มาก
18	45	สามารถบันทึกข้อมูล แผนการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น	4.04	0.69	มาก
19	10	เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและสอนผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมตามการรับรู้ของผู้ป่วย	4.02	0.68	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
20	44	สามารถบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีม สุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ปรีกษาหารือ ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลให้มี รูปแบบที่เหมาะสมตามความต้องการ	4.02	0.74	มาก
21	42	สามารถอธิบายขั้นตอน ประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ ความช่วยเหลือกับทีมผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วย รวม ทั้งสหสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย	4.00	0.71	มาก
22	7	สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานได้ อย่างเหมาะสม แยกประเภทของอาการปวด ให้การบำบัด ความเจ็บปวด ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม	3.99	0.71	มาก
23	22	สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยใน การเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศกให้ครอบครัวของ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีการส่งต่อ ให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถจัดการปัญหาได้	3.99	0.72	มาก
24	31	สามารถสนับสนุนการตัดสินใจ อธิบายทางเลือก แบ่งปัน ข้อมูลของผู้ป่วยให้ครอบครัวรับทราบอย่างสม่ำเสมอและตรง ประเด็น ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	3.98	0.71	มาก
25	27	สามารถดูแลพูดคุยหาแนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆ ภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี ประเมินและการจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการ ปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	3.98	0.78	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
26	20	สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ	3.98	0.75	มาก
27	25	มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างมีความเหมาะสม	3.97	0.78	มาก
28	11	สามารถสอนเรื่องการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้นำไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	3.96	0.74	มาก
29	8	สามารถอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ / ให้การพยาบาล โดยนำมาประยุกต์ใช้ในบริหารจัดการความปวดโดยการให้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย	3.95	0.71	มาก
30	35	มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย มีการบันทึกข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อเป็นหลักฐานที่ถูกต้องตามกฎหมาย	3.95	0.77	มาก
31	2	สามารถประเมินปัญหาวิเคราะห์ความต้องการ วางแผนการดูแล ร่วมกันทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม	3.95	0.80	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
32	46	สามารถให้คำปรึกษา รวมทั้งมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองกับ ทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	3.94	0.74	มาก
33	17	สามารถบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละ ศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตายตามความเชื่อของผู้ป่วย และครอบครัว	3.94	0.76	มาก
34	37	สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งต่อข้อมูล ในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรก และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอ	3.93	0.73	มาก
35	41	สามารถประเมินผู้ป่วยโดยสะท้อนให้รับรู้ถึงความต้องการ ของตนเอง ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่อยู่ในความทุกข์ทรมาน และให้คำปรึกษาแนะนำตามความเหมาะสม แต่ต้อง ระมัดระวังผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเองและผู้ดูแล	3.93	0.75	มาก
36	23	สามารถให้คำปรึกษา สอนให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัว เกี่ยวกับผลกระทบส่วนบุคคลในการเผชิญกับความสูญเสีย/ ความเศร้าโศก กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง	3.93	0.75	มาก
37	40	สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ ละคน และประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่าง เหมาะสมสอดคล้องตามความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่าง กันของผู้ป่วยแต่ละคน	3.93	0.73	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
41	1	อธิบายแนวคิดหลักการ ความหมาย การใช้กระบวนการ พยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ได้อย่างถ่องแท้	3.90	0.80	มาก
42	30	สามารถอธิบายแนวทางในการรักษา ได้อย่างเหมาะสมโดย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์	3.89	0.71	มาก
43	39	สามารถประเมิน ประเด็นเกี่ยวกับค่านิยม ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความ เชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว	3.89	0.72	มาก
44	50	สามารถให้ความรู้ แนะนำ จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย	3.89	0.72	มาก
45	47	สามารถหาความรู้ด้วยตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจาก ฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมี การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	3.87	0.71	มาก
46	3	สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยแบบประคับประคองและใช้ เครื่องมือต่างๆในการประเมินการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม	3.86	0.74	มาก
47	38	สามารถบริหารจัดการเวลา เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาตนเอง ตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องตามที่สภาการพยาบาลกำหนด	3.81	0.75	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัว แปร ที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	X	SD	ลำดับ ความสำ คัญของ ค่าเฉลี่ย
48	48	จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้ นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม โดยให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตาม บทบาทหน้าที่	3.76	0.73	มาก
49	36	สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการ ตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการ เจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของ ผู้ป่วย	3.75	0.72	มาก
50	49	เข้ารับการอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบ ประคับประคองอย่างต่อเนื่อง	3.72	0.72	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์ประกอบการดูแลแบบ
ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เรียงคะแนนค่าเฉลี่ยความสำคัญจากสูงสุด
ไปต่ำสุดจากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 50 ตัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.72 – 4.32 และมี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.68 -0.86 แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่าตัวประกอบ
ทั้งหมดเป็นตัวประกอบที่มีระดับความสำคัญมากต่อสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของ
พยาบาลวิชาชีพ ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือตัวแปรที่ 18 มีค่าเฉลี่ย 4.32 รองลงมาคือ ตัวแปรที่
4, 19 ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.25, 4.16 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ตัวแปรที่ 49 เข้ารับ
การอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบ
ประคับประคองอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ย 3.72 ระดับความสำคัญมาก

2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของ โดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle component analysis: PCA) และทำการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมมาก (Varimax rotation) ของแบบสอบถาม จำนวน 50 ข้อ รายการ (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) เมื่อพิจารณาความเหมาะสมของการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-correlation items) โดยใช้สถิติทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Chi-square=20,439 df=1255) สามารถสรุปได้ว่าเมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมระหว่างข้อคำถามนั้นไม่ใช่เมตริกซ์เอกลักษณ์ หรือหมายความว่าระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ และเมื่อพิจารณาถึงความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามโดยดัชนี KMO ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.97 ซึ่งมากกว่า 0.80 หมายความว่าข้อคำถามจำนวน 50 ข้อรายการนั้น มีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดีมาก (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2552) จึงใช้ตัวแปรในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนซ์ ได้องค์ประกอบจำนวน 4 ตัวประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่าหรือ เท่ากับ 1 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป โดยแต่ละตัวแปรต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ตั้งแต่ .45 ขึ้นไปซึ่งถือเป็นค่าน้ำหนักที่ยอมรับได้ และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวจึงเรียงลำดับตามค่าไอเกน และร้อยละของความแปรปรวนจากมากไปหาน้อย แต่ละองค์ประกอบมีค่าไอเกน ระหว่าง 1.282- 59.508 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 2.565 - 59.508 ทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนได้รวมกันร้อยละ 70.383 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ค่าไอเกน ร้อยละของความของความแปรปรวน และร้อยละสะสมความแปรปรวนขององค์ประกอบ สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

องค์ประกอบที่	จำนวนข้อ รายการ สมรรถนะย่อย	ค่าไอเกน	ร้อยละ ของความ แปรปรวน	ร้อยละสะสม ของความ แปรปรวน
ด้านการดูแลแบบ ประคับประคองและการ จัดการความปวด	13	29.754	59.508	59.508
การจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณศาสนา และ ประสานงานส่งต่อ	13	2.208	4.415	63.923
ด้านการสื่อสารและการ ดูแลภาวะโศกเศร้า	13	1.464	2.928	66.851
การเตรียมความพร้อมใน ระยะใกล้ตายและการดูแล หลังเสียชีวิต	11	1.282	2.565	69.416

จากตารางที่ 5 แสดงค่าค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน ร้อยละสะสมของความแปรปรวน ในแต่ละองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิจาก 9 องค์ประกอบ หลังจากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก หมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉากอโรทอนอล ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ ได้องค์ประกอบหลัก จำนวน 4 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบหลัก มีตัวแปรสมรรถนะย่อยรวมทั้งสิ้น 50 ข้อ ดังเดิม โดยผู้วิจัย กำหนดรายชื่อองค์ประกอบหลักใหม่ ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด มีค่าไอเกน เท่ากับ 29.754 มีตัวแปรสมรรถนะย่อย จำนวน 13 ข้อ

มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 5 ข้อ ด้านการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน 6 ข้อ และด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 2 ข้อ

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณศาสนา และประสานงานส่งต่อ มีค่าไอเกนเท่ากับ 2.208 มีตัวแปรสมรรถนะย่อยจำนวน 13 ข้อ

มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการสอนและให้ความรู้ 4 ข้อ ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 3 ข้อ ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 3 ข้อ และด้านศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 3 ข้อ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า มีค่าไอเกินเท่ากับ 1.464 มีตัวแปรสมรรถนะย่อย จำนวน 13 ข้อ

มาจากการรวมกันขององค์ประกอบเดิม ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 9 ข้อ ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 3 ข้อและด้านจริยธรรมและกฎหมาย 1 ข้อ

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต มีค่าไอเกินเท่ากับ 1.282 มีตัวแปรสมรรถนะย่อยจำนวน 11 ข้อ

มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 6 ข้อ การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2 ข้อการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 1 ข้อ ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 1 ข้อ และด้านจริยธรรมและกฎหมาย 1 ข้อ

สรุปผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่ามีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบหลัก มีตัวแปรสมรรถนะย่อย จำนวน 50 ข้อ โดยมีรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 5

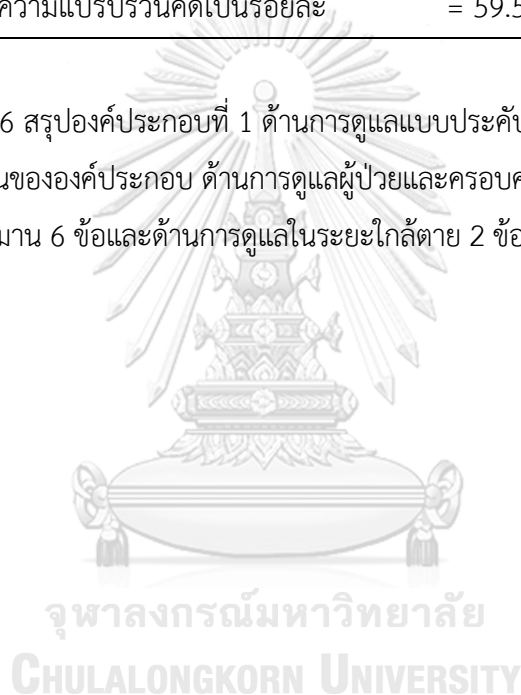
ตารางที่ 6 องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
1	ประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยได้	0.747
2	สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม แยกประเภทของอาการปวด ให้การบำบัดความเจ็บปวด ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม	0.714
3	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของยาบรรเทาปวดและป้องกันอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับความปวด บริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลข้างเคียงและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา	0.677
4	เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและสอนผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมตามการรับรู้ของผู้ป่วย	0.676
5	สามารถอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ /ให้การพยาบาล โดยนำมาประยุกต์ใช้ในบริหารจัดการความปวดโดยการให้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย	0.670
6	อธิบายแนวคิดหลักการ ความหมาย การใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้	0.669
7	สามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้	0.658
8	สามารถประเมินปัญหาวิเคราะห์ความต้องการ วางแผนการดูแล ร่วมกันทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม	0.657
9	ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	0.656
10	สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยแบบประคับประคองและใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	0.569
11	สามารถสอนเรื่องการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้นำไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	0.543

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
12	มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ เคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	0.542
13	มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสีย	0.518
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (ค่าไอเกน) = 29.754		
อธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ = 59.508		

จากตารางที่ 6 สรุปองค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 5 ข้อ ด้านการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน 6 ข้อและด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 2 ข้อ รวมเป็น 13 ตัวแปร



ตารางที่ 7 องค์ประกอบที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ
การประสานงานส่งต่อ

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
1	เข้ารับการอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง	0.762
2	จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม โดยให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่	0.755
3	สามารถให้ความรู้ แนะนำ จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย	0.688
4	สามารถหาความรู้ด้วยตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษา มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	0.686
5	สามารถบริหารจัดการเวลา เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาตนเองตาม มาตรฐานวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องตามที่สภาการพยาบาลกำหนด	0.679
6	สามารถประเมินผู้ป่วยโดยสะท้อนให้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตที่อยู่ในความทุกข์ทรมานและให้คำปรึกษาแนะนำตาม ความเหมาะสม แต่ต้องระมัดระวังผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเองและผู้ดูแล	0.624
7	สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการ ของผู้ป่วย	0.610

ตารางที่ 7(ต่อ)

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
8	สามารถประเมิน ประเด็นเกี่ยวกับค่านิยม ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรม และจิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	0.608
9	สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องตามความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน	0.593
10	สามารถให้คำปรึกษา รวมทั้งมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	0.584
11	สามารถบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามความต้องการ	0.581
12	สามารถอธิบายขั้นตอน ประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับทีมผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วย รวมทั้งสหสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย	0.580
13	สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรกและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอ	0.526
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (ค่าไอเกน) = 4.415		
อธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ = 2.208		

จากตารางที่ 7 สรุปลงข้อประกอบที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณศาสนา และการประสานงานส่งต่อ มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการสอนและให้ความรู้ 4 ข้อ ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 3 ข้อ ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 3 ข้อ และด้านศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 3 ข้อ รวมเป็น 13 ตัวแปร

ตารางที่ 8 องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
1	มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสม	0.730
2	สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.682
3	สามารถหาแนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี ประเมินและการจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	0.681
4	ประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสม การบอกข่าวร้าย มีสัมพันธภาพที่ดี	0.671
5	สามารถอธิบายแนวทางในการรักษา ได้อย่างเหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์	0.616
6	สนับสนุนการตัดสินใจ อธิบายทางเลือก อย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	0.604
7	สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสาร ยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	0.599
8	ให้คำปรึกษา สอนให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบส่วนบุคคลในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง	0.568
9	สามารถส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ	0.566
10	สามารถเป็นผู้นำ/ผู้ประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยได้	0.554

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
11	อธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ มีการบันทึกข้อมูลให้ชัดเจน เป็นหลักฐานที่ถูกต้องตามกฎหมาย	0.505
12	สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศกได้ ปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถจัดการปัญหาได้	0.477
13	สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ	0.460
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (ค่าไอเกน) = 1.464		
อธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ = 2.928		

จากตารางที่ 8 สรุปองค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 9 ข้อ ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศก การสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 3 ข้อ และด้านจริยธรรมและกฎหมาย 1 ข้อรวม 13ตัวแปร

ตารางที่ 9 องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
1	สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลา จนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ	0.696
2	สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทาน การสะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด ให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไมกางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น	0.673
3	สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของ ผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม	0.595
4	ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนโดยสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้น ระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	0.574
5	สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม กับวัฒนธรรม ความเชื่อและ ศาสนา	0.571
6	สามารถรับฟังปัญหา ความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย พยายามเพื่อตอบสนองทางอารมณ์ แสดงท่าทีที่เป็นมิตรให้เกียรติ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	0.545
7	มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการพยาบาล จรรยาบรรณ วิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย	0.532
8	สามารถบันทึกข้อมูล แผนการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น	0.521
9	มีทักษะในการรับฟัง เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุม อารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม	.519

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปรที่	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ	น้ำหนักตัวประกอบ
10	สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	.505
11	สามารถบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว	.485
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (ค่าไอเกน) = 1.282		
อธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ = 2.565		

จากตารางที่ 9 สรุปองค์ประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต มาจากการรวมกันขององค์ประกอบ ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 6 ข้อ การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2 ข้อ การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 1 ข้อ ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 1 ข้อ และด้านจริยธรรมและกฎหมาย 1 ข้อ รวม 11 ตัวแปร

3. ผลการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ

จากการคัดเลือกองค์ประกอบที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่าหรือเท่ากับ .45 นำมากำหนดข้อรายการสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ (Diamantopoulos & Siguaw, 2000) การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้และตัวแปรแฝง โดยการรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันมีความสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน และแต่ละองค์ประกอบคือตัวแปรแฝงซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ผู้วิจัยต้องการศึกษานั้นเอง ในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อกำหนดจำนวนองค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองและนำมาพัฒนาสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ได้ 4 องค์ประกอบ รวมแต่ละองค์ประกอบหลักมีตัวแปรสมรรถนะย่อยรวม 50 ข้อดังเดิม โดยผู้วิจัยกำหนดรายชื่อองค์ประกอบใหม่ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวดจำนวน 13 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ จำนวน 13 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า จำนวน 13 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต จำนวน 11 ตัวแปร

หลังจากได้องค์ประกอบรายด้านของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพและข้อรายการสมรรถนะย่อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่วิเคราะห์มาสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยออกแบบลักษณะแบบวัดและสร้างเครื่องมือการประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาล เป็นพฤติกรรมชีวิตให้เห็นถึงลักษณะของสมรรถนะที่ต้องการประเมิน และนำมากำหนดเกณฑ์การประเมินตามรูปแบบรูบรีค ในการสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในการร่างหรือสร้างแบบประเมิน ผู้วิจัยคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างสาระในแบบประเมินกับเนื้อหาขององค์ประกอบรายด้านให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรกับแนวคิดสมรรถนะและออกแบบลักษณะแบบวัดและร่างแบบประเมินโดย 1) กำหนดกรอบของสมรรถนะว่าเป็นสิ่งที่ต้องการวัด (Object) 2) กำหนดพฤติกรรมที่จะวัด (Construct) เป็นรายการ

สมรรถนะ 3) กำหนดรูปแบบการตอบสนองว่าเป็นการจัดอันดับคุณภาพ (Rating) 4) จัดรูปแบบของเครื่องมือในลักษณะแบบสอบถาม นำมากำหนดข้อรายการแต่ละด้านโดยโดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่าหรือเท่ากับ .45 นำมากำหนดข้อรายการสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีความเหมาะสมกับการกำหนดพฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินมากที่สุด ก่อนนำไปขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

โดยผู้วิจัยได้กำหนดคำอธิบายพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินตามแต่ละระดับสมรรถนะ พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50 – 3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยม

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 4 เดือน) ประกอบด้วย 7 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 สามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 สามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงานได้

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 3 – 5 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 2 เดือน

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 10 วัน)

ร่างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยนำตัวแปรจากการวิเคราะห์องค์ประกอบมาพัฒนาประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ใช้เกณฑ์การประเมินแบบรูบริค มี 4 องค์ประกอบดังนี้

ตารางที่ 10 สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด สมรรถนะย่อย 13 ข้อ

สมรรถนะย่อย	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. ประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือ ประเมินได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการอาการรบกวน ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม			
2. สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม แยกประเภทของอาการปวด ให้การบำบัดความเจ็บปวด ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม			
3. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของยาบรรเทาปวดและ ป้องกันอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับความปวด บริหารยา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลข้างเคียงและแก้ไขได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา			
4. เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและสอนผู้ป่วยให้เข้าใจ วิธีการประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมตามการรับรู้ของผู้ป่วย			
5. สามารถอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ / ให้การพยาบาล โดย นำมาประยุกต์ใช้ในบริหารจัดการความปวดโดยใช้ยาและ การแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของ ผู้ป่วย			
13.			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ ประคับประคองและการจัดการความปวดในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ ประคับประคองและการจัดการความปวดในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงาน ไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ ประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

ตารางที่ 11 สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ การประสานงานส่งต่อ สมรรถนะย่อย 13ข้อ

สมรรถนะย่อย	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. เข้ารับการอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็น เรื่อง การดูแลแบบ ประคับประคองอย่างต่อเนื่อง			
2. จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและ สังคม โดยให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตาม บทบาทหน้าที่			
3. สามารถให้ความรู้ แนะนำ จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่าง เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความ ต้องการของผู้ป่วย			
4. สามารถหาความรู้ด้วยตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยี ใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้น จากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง			
5. สามารถบริหารจัดการเวลา เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมและ พัฒนาตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องตามที่สภา การพยาบาลกำหนด			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และประสานงานส่งต่อ ระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยม สามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และประสานงานส่งต่อ ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี สามารถแก้ปัญหาได้แต่นิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และประสานงานส่งต่อ ในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง



ตารางที่ 12 สมรรถนะที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า สมรรถนะย่อย 13 ข้อ

สมรรถนะย่อย	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสม			
2. สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
3. สามารถหาแนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆ หลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี ประเมินและจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม			
4. ประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสม การบอกข่าวร้าย มีสัมพันธภาพที่ดี			
5. สามารถอธิบายแนวทางในการรักษา ได้อย่างเหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์			
13.....			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า ในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังไม่นิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า ในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

ตารางที่ 13 สมรรถนะที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต
สมรรถนะย่อย 11 ข้อ

สมรรถนะย่อย	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด ตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ			
2. สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศรัทธาตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทาน การสวดมนต์ การโปรยดอกไม้ การทำละหมาด ให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น			
3. สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม			
4. ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนโดยสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจ ให้เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว			
5. สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม กับวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา			
11.			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต ในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิตในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิตในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

สรุปการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยได้องค์ประกอบสมรรถนะจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้องค์ประกอบหลัก 4 รายด้าน นำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งหมด 50 ตัวแปร นำมาพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ สมรรถนะหลักจำนวน 4 ด้าน 50 ข้อ รายการย่อย หลังจากนั้นได้นำแบบประเมินที่พัฒนาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบบูรณาการแล้วแล้วนำแบบร่างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.89 โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงภาษาให้กระชับเข้าใจง่ายแต่มีความหมายคงเดิม และเหมาะสมกับการวัดประเมินพฤติกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ประเมินจริง คงจำนวนสมรรถนะรายการย่อย 50 ข้อดังเดิม และผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับผู้วิจัยในการกำหนดคำอธิบายพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินตามแต่ละระดับสมรรถนะ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำเรียบร้อยแล้ว มาสร้างคู่มือการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อนำไปใช้ประเมินจริงต่อไปดังแสดงในภาคผนวก ซ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิและตัวแปรที่อธิบายลักษณะสำคัญของตัวประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลตติยภูมิ พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 387 คน ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไปขนาดตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ จำนวน 300- 500 คน (บุญใจ ศรีสถิตย์นราภุร, 2553)

ขั้นตอนการศึกษาศมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้วิจัยบูรณาการรายการสมรรถนะจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วสังเคราะห์ข้อรายการสมรรถนะหลักได้ 9 รายการ 54 ข้อรายการย่อย นำไปสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษา 6) จริยธรรมและกฎหมาย 7) ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 9) การสอนและให้ความรู้ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้วยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) หรือค่า CVI ได้ค่า 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Davis, 1992) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้พัฒนาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ข้อคำถาม 50 ข้อรายการ นำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 คน นำแบบประเมินที่ได้มาตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ .97 แสดงว่าแบบประเมินมีความเที่ยงภายในเพียงพอที่จะนำไปใช้

นำแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 387 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของโดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle component analysis: PCA) และทำการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Varimax rotation) ของแบบสอบถาม จำนวน 50 ข้อรายการ เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ ได้องค์ประกอบจำนวน 4 ตัวประกอบ จึงนำมาพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิโดยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินแบบรูบริค เพื่อให้สามารถวัดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพได้ตรงตามความเป็นจริงและให้ผลการวัดที่สอดคล้องกันกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาขององค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

หลังจากสกัดองค์ประกอบแล้ว ได้องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต

ผลรวมความแปรปรวนของตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ตัวประกอบ มีตัวแปรรวม ทั้งสิ้น 50 ตัวแปร และมีค่าความแปรปรวนรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 69.416

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่อธิบายแต่ละองค์ประกอบ

2.1 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด

องค์ประกอบด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 29.745 คิดเป็นร้อยละ 59.508 เมื่อพิจารณาการอธิบายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพด้านนี้พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการดูแลแบบ

ระดับประคองและการจัดการความปวด มีทั้งหมด 13 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรและกลุ่มตัวแปร 3 กลุ่ม คือ

2.1.1 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 5 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 1 อธิบายแนวคิดหลักการ ความหมาย การใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้

ตัวแปรที่ 5 สามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้

ตัวแปรที่ 2 สามารถประเมินปัญหาวิเคราะห์ความต้องการ วางแผนการดูแล ร่วมกันทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

ตัวแปรที่ 4 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ตัวแปรที่ 3 สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยแบบประคับประคองและใช้เครื่องมือต่างๆในการประเมินการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.1.2 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 6 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 6 ประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการอาการบรรเทาให้แก่ผู้ป่วยได้

ตัวแปรที่ 7 สามารถบูรณาการการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม แยกประเภทของอาการปวด ให้การบำบัดความเจ็บปวด ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม

ตัวแปรที่ 9 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของยาบรรเทาปวดและป้องกันอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับความปวด บริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลข้างเคียงและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา

ตัวแปรที่ 10 เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและสอนผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ตัวแปรที่ 8 สามารถอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ / ให้การพยาบาล โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการความปวดโดยใช้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย

ตัวแปรที่ 11 สามารถสอนเรื่องการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้นำไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.1.3 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 2 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 12 มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ เคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ตัวแปรที่ 13 มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสีย จะเห็นได้ว่าตัวแปรเหล่านี้โดยรวมอธิบายถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองและการดูแลจัดการความปวด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการดูแลในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย

2.2 องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ การประสานงานส่งต่อ

องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.415 คิดเป็นร้อยละ 2.928 เมื่อพิจารณาการอธิบายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพด้านนี้พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงองค์ประกอบด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ ประสานงานส่งต่อ มีทั้งหมด 13 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรและกลุ่มตัวแปร 4 กลุ่ม คือ

2.2.1 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการสอนและให้ความรู้ ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 4 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 49 เข้ารับการอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรที่ 48 จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้ นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม โดยให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่

ตัวแปรที่ 50 สามารถให้ความรู้ แนะนำ จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย

ตัวแปรที่ 47 สามารถหาความรู้ด้วยตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านจริยธรรมและกฎหมาย ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 3 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 38 สามารถบริหารจัดการเวลา เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

ตัวแปรที่ 36 สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย

ตัวแปรที่ 37 สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรกและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอ

2.2.3 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 3 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 46 สามารถให้คำปรึกษา รวมทั้งมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

ตัวแปรที่ 47 สามารถบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ประเมินหรือร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามความต้องการ

ตัวแปรที่ 43 สามารถอธิบายขั้นตอน ประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับทีมผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วย รวมทั้งสหสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2.2.4 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 3 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 39 สามารถประเมิน ประเด็นเกี่ยวกับค่านิยม ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ตัวแปรที่ 40 สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องตามความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน

จะเห็นว่าตัวแปรเหล่านี้โดยรวมอธิบายถึง การเข้ารับการอบรมวิชาการ จัดการสอน ส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแล การประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแลในทีมสุขภาพ และบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประเมินความเชื่อทาง

ศีลธรรมและจิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 องค์ประกอบด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า

องค์ประกอบด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 1.468 คิดเป็นร้อยละ 2.928 เมื่อพิจารณาการอธิบายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพด้านนี้พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า มีทั้งหมด 13 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรและกลุ่มตัวแปร 3 กลุ่ม คือ

2.3.1 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 9 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 25 มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำ สะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสม

ตัวแปรที่ 26 สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการสื่อสารเพื่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวแปรที่ 27 สามารถดูแลพูดคุยหาแนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี ประเมินและจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ตัวแปรที่ 24 ประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสม การบอกข่าวร้าย มีสัมพันธภาพที่ดี

ตัวแปรที่ 30 สามารถอธิบายแนวทางในการรักษา ได้อย่างเหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์

ตัวแปรที่ 31 สนับสนุนการตัดสินใจ อธิบายทางเลือก อย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ตัวแปรที่ 29 สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสาร ยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ตัวแปรที่ 28 สามารถส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ

ตัวแปรที่ 33 สามารถเป็นผู้นำ/ผู้ประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยได้

2.3.2 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 3 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 23 ให้คำปรึกษา สอนให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบส่วนบุคคลในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรที่ 22 สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศก ปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถจัดการปัญหาได้

ตัวแปรที่ 20 สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ

2.3.3 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านจริยธรรมและกฎหมาย ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 1 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 35 มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย มีการบันทึก ข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อเป็นหลักฐานที่ถูกต้องตามกฎหมาย

จะเห็นได้ว่าตัวแปรเหล่านี้โดยรวมอธิบายถึง ทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว นำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ การจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย อธิบายแนวทางในการรักษา ได้อย่างเหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย ประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศก สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้

2.4 องค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต

องค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 1.282 คิดเป็นร้อยละ 2.565 เมื่อพิจารณาการอธิบายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพด้านนี้พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต มีทั้งหมด 11 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรและกลุ่มตัวแปร 5 กลุ่ม คือ

2.1.1 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย ตัวแปรที่อธิบาย มีทั้งหมด 6 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 18 สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด ตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ

ตัวแปรที่ 19 สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทาน การสะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด ให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม่กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น

ตัวแปรที่ 16 สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม

ตัวแปรที่ 15 สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม กับวัฒนธรรม ความเชื่อและ ศาสนา

ตัวแปรที่ 14 สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ตัวแปรที่ 17 สามารถบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.2 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ตัวแปรที่อธิบาย มีทั้งหมด 2 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 42ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนโดยสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

ตัวแปรที่ 45สามารถบันทึกข้อมูล แผนการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.4.3 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตตัวแปรที่อธิบาย มีทั้งหมด 1 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 21มีทักษะในการรับฟัง เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.4.4 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา ตัวแปรที่อธิบาย มีทั้งหมด 1 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 32 สามารถรับฟังปัญหา ความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย พักหน้าเพื่อตอบสนองทางอารมณ์ แสดงท่าทีที่เป็นมิตรให้เกียรติ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.5 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงด้านจริยธรรมและกฎหมาย ตัวแปรที่อธิบาย มีทั้งหมด 1 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้

ตัวแปรที่ 34 มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าตัวแปรเหล่านี้โดยรวมอธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตาย สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลา จัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศานิกกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ สามารถรับฟังปัญหา ความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจ ปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 4 สามารถบันทึกข้อมูล แผนการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ นำ องค์ประกอบจำนวน 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 50 ตัวแปร มาพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิหลังจากได้นำแบบประเมินที่พัฒนาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบรูปรีคแล้ว ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.89 โดยมีข้อเสนอแนะให้ผู้วิจัยปรับแก้ภาษาที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมให้กระชับ เข้าใจง่าย แต่มีความหมายคงเดิมเพื่อให้สะดวกกับการนำไปใช้ประเมินจริง คงจำนวนสมรรถนะรายข้อย่อย 50 ข้อ เดิม ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว มาสร้างคู่มือการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อนำไปใช้ประเมินจริงต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. การสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิด ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วสังเคราะห์ข้อรายการสมรรถนะหลักได้ 9 รายการ 54 ข้อรายการย่อย แล้วนำมาสร้างแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ โดย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยของ Burns and Grove (2013) โดยสอบถามระดับความสำคัญเกี่ยวกับ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ ความชำนาญและคุณลักษณะที่จำเป็นของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับในการประเมิน ใช้เป็นเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า $cvi = 0.86$ โดยได้แนะนำให้ผู้วิจัยปรับแนวข้อคำถามในบางรายด้านออกเพื่อลดจำนวนข้อของแบบประเมินและแก้ไขข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับสมรรถนะข้อรายการหลักเพื่อให้สอดคล้องกับการนำไปใช้ประเมินจริงคงจำนวนสมรรถนะหลัก 9 ด้านดั้งเดิม แต่ปรับลดข้อรายการย่อยเหลือ 50 ข้อ ดังนี้

- 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มี 6 ข้อ เหลือ 5 ข้อ
- 2) การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน มี 6 ข้อ คงเดิม
- 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย มี 8 ข้อ คงเดิม
- 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตมี 4 ข้อ คงเดิม
- 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษากันจาก 12 ข้อ เหลือ 10 ข้อ
- 6) จริยธรรมและกฎหมาย มี 5 ข้อ คงเดิม
- 7) ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มี 3 ข้อ คงเดิม
- 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เดิมมี 4 ข้อ เพิ่มมาจากด้านที่ 9 เป็น 5 ข้อ
- 9) การสอนและให้ความรู้ มี 6 ข้อ เหลือ 4 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว ตรวจสอบความตรงด้วยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) หรือค่า CVI ได้ค่า 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Davis, 1992) นำไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 5 ปีขึ้นไป ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.98 ซึ่งค่าแอลฟาที่ยอมรับได้ในระดับต่ำสุด คือ .70 หรือมากกว่าขึ้นไปแสดงว่ามีความเที่ยงภายในเครื่องมือเพียงพอที่จะนำไปใช้ได้ (Burn and Grove, 2013)

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ หลังจากสกัดองค์ประกอบแล้วได้องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลแบบ

ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ 4 องค์กรประกอบ ดังนี้ องค์กรประกอบที่ 1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด องค์กรประกอบที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา ประสานงานส่งต่อ องค์กรประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า องค์กรประกอบที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต

ผลรวมความแปรปรวนของตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ซึ่งองค์กรประกอบทั้ง 4 ตัวประกอบ มีตัวแปรรวม ทั้งสิ้น 50 ตัวแปร และมีค่าความแปรปรวนรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 69.416 ของ สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ จากนั้นผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ มาพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบบูรณาการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเสร็จแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง อภิปรายได้ ดังนี้

2.1 องค์กรประกอบด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด

องค์กรประกอบด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 29.745 คิดเป็นร้อยละ 59.508 มีทั้งหมด 13 ตัวแปร มาจากการรวมกัน 1) ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 5 ข้อ 2) ด้านการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน 6 ข้อและ 3) ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 2 ข้อ ได้อธิบายถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองและการดูแลจัดการความปวด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการดูแลในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย

จากการผลการวิจัยพบว่าเป็นสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 3 แนวคิดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.747- 0.518 อภิปรายได้ว่ามีความสอดคล้องตามโครงสร้างของแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง โดยพฤติกรรมที่แสดงออกดังกล่าว แสดงให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง เน้นในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สอดคล้องกับแนวคิดของสภาการพยาบาล (2558), TNSPPCCF (2017) และ EAPC (2013) และ ในหัวข้อสมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยเข้าใจปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการพยาบาล ตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ ประเมินผล ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต

เห็นได้จากการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 54.10 และส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองในระดับสูง ร้อยละ 82.50 ส่วนด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (दारवाररुण रुरुुंरुु, 2561) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิเห็นความสำคัญของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวต้องนำองค์ความรู้หลักปรัชญาการดูแลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิด การเรียนรู้และพัฒนาตนเองนำความรู้มาให้การดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ส่วนด้านการจัดการความปวดมีความสอดคล้องกับแนวคิด ทั้ง 3 เช่นกัน โดยพยาบาล วิชาชีพ ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด ใช้เครื่องมือในการ ประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจถึงกลไกการเกิดความปวดและ การตอบสนองของผู้ป่วย สามารถ ประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้ง การใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยสอดคล้องกับลัด ดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2557) วาสิณี วิเศษฤทธิ, สุปรียา ตียง และ จินต์จุฑา รอดพาล (2556) ที่กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบรรเทาอาการรบกวนในร่างกาย โดยการประคับประคองอาการ ต่างๆที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา จัดการอาการที่ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน พยาบาลต้องใช้ ความรู้ ทักษะในการดูแลขั้นพื้นฐานร่วมกับการดูแลแบบผสมผสาน สร้างความรู้สึกร่วมกัน มั่นคง ปลอดภัยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทุกข์ทรมานโดยเร็วที่สุด รวมถึงส่งเสริมความสุขสบายด้วย ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้ระยะสั้นเฉพาะทางสำหรับพยาบาลใน เรื่องการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลจัดการดูแลแบบ ประคับประคองผู้ป่วยในระยะท้ายและจัดการความปวดได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เป็นการใช้ความรู้ควบคู่ไปกับประสบการณ์รวมถึง ทักษะในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายให้ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ

2.2 องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ การประสานงานส่งต่อ

องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ การ ประสานงานส่งต่อ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.415 คิดเป็นร้อยละ 2.928 มาจาก การรวมกัน 1) ด้านการสอนและให้ความรู้ 4 ข้อ 2) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 3 ข้อ 3) ด้านการ ประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 3 ข้อ และ 4) ด้านศาสนาจิตวิญญาณและวัฒนธรรม 3 ข้อ รวมเป็น 13 ตัวแปรโดยรวมอธิบายถึง การเข้ารับการอบรมวิชาการ จัดการสอนส่งเสริมให้ความรู้ ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแล การประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแลในทีม สุขภาพ และบันทึกข้อมูลที่เป็นในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประเมินความเชื่อทางศีลธรรมและ จิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และ ประสานงานส่งต่อ เป็นสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 3 แนวคิด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.762- 0.526 อภิปรายได้ว่ามีความสอดคล้องตามโครงสร้างของแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของสภาการพยาบาล (2558) ,TNSPPCCF (2017) , EAPC (2013) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแสดงออกในด้าน การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การทำงานเข้าร่วมกิจกรรมทางการศึกษาและการเข้ารับการศึกษาดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาและพัฒนาตนเองและความสามารถทางวิชาชีพ ตระหนักในตนเองว่ามีความเหนื่อยหน่ายจากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยและขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลให้กับผู้อื่นในทีม จากผลการวิจัยนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง 192 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต (2557) ซึ่งพบว่าการได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ สื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r = 0.24, p < 0.01$)

สมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สวัสดิ์ดิโนภานา (2558) พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้านการจัดระบบการให้คำปรึกษาแก่ทีมพยาบาลและส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพในกรณีมีปัญหาซับซ้อนในการดูแลเป็นรูปแบบการดูแลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ แสดงถึงการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ปฏิบัติ และแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิต และความเชื่อนั้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตทางศาสนาวัฒนธรรมและจิตวิญญาณพิธีกรรมและความเชื่อระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรสร้างบรรยากาศในการดูแล ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกอบอุ่น สุขใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบช่วยให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงความต้องการทางจิตวิญญาณได้ (วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตี๋อิง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556)

2.3 องค์ประกอบด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า

องค์ประกอบด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 1.464 คิดเป็นร้อยละ 2.928 มาจากการรวมกัน 1) ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 9 ข้อ 2) ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสีย และการดูแลหลังเสียชีวิต 3 ข้อ และ 3) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 1 ข้อ รวม 13 ตัวแปร

จากการผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบจากการผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.730- 0.460 อภิปรายได้ว่ามีความสอดคล้องตามโครงสร้างของแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ของสภาการพยาบาล (2558) , TNSPPCCF (2017) , EAPC (2013) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิเห็นความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลแบบประคับประคองสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับความต้องการด้านการดูแลความชอบ ด้านการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและคุณค่าทางวัฒนธรรมสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการพูดถึงความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยและตอบคำถามเกี่ยวกับความตายและความตายรับฟังและให้การดูแลอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะวิกฤติ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง ในการแจ้งข่าวร้ายและมีการตัดสินใจที่ยากลำบากเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องหรือการเพิกถอนความต้องการมีเมื่อสถานการณ์ไม่ชัดเจน ส่งเสริมการสื่อสารที่ดีขึ้นภายในทีมและ สหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อนร่วมงาน สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ ศรีสุวรรณและคณะ(2559) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย

2.4 องค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต

องค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิตมีความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 1.282 คิดเป็นร้อยละ 2.565 มาจากการรวมกัน 1) ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย 6 ข้อ 2) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2 ข้อ 3) ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต 1 ข้อ 4) ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา 1 ข้อ และ 5) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 1 ข้อ รวม 11 ตัวแปร

จากการผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.913 -0.836 อภิปรายได้ว่ามีความสอดคล้องตามโครงสร้างของแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ของสภาการพยาบาล (2558) , TNSPPCCF (2017) , EAPC (2013) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิเห็นความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลแบบประคับประคองด้านความท้าทายทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจใน

การดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎหมายของประเทศและระหว่างประเทศตามความปรารถนาของผู้ป่วย เสริมสร้างความเป็นเอกภาพของผู้ป่วยตามหลักการจริยธรรม แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนทางเลือกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตตอบสนองความต้องการตามนโยบายความช่วยเหลือในการตายซึ่งครอบครัวจะต้องได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์ สังเกตอย่างสภาพร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย รายงานอาการเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยกับที่ปรึกษาด้านจิตวิญญาณในเวลาที่เหมาะสมทำให้ครอบครัวมั่นใจว่าจะได้รับการแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยใกล้ตาย ดูแลความเป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศความปลอดภัย มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการเสียชีวิตและสัญญาณแสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธรัตน์ กุศลธนาภาส (2557) เกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพได้แก่ การจัดการเพื่อการตายดี

ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย เป็นผู้ที่ดีรู้จักสังเกต มีการช่วยเตรียมผู้ใกล้ชีวิตในครอบครัวก่อนเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย การดูแลจะรวมถึงช่วงเวลาที่ครอบครัวโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยและให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปหลังจากผู้ป่วยตายจากไปแล้ว (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2557)

จากการอภิปรายผลสรุปได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

3. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการวิเคราะห์โดยพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ตั้งแต่ .45 ขึ้นไป มากำหนดองค์ประกอบหลักของแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิและข้อรายการสมรรถนะย่อยแล้ว ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินแบบรูปรีค หลังจากนั้นทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรง (validity) คือ ความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.89 ถือว่าแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2558)

ผู้วิจัยได้กำหนดคำอธิบายพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินตามแต่ละระดับสมรรถนะ พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50 – 3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยม

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 4 เดือน) ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 สามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 สามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังไม่เชี่ยวชาญไม่ได้

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 3 – 5 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 2 เดือน)

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลที่เลี้ยง

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 10 วัน)

หลังจากนำแบบร่างแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนตรวจสอบอีกครั้งแล้วผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาและข้อรายการสมรรถนะย่อยในแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญโดยตัดข้อรายการที่มีความหมายและการกำหนดพฤติกรรมที่ซ้ำซ้อนกันออก ได้ดังนี้

แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งหมด 4 ด้าน จำนวน 50 ข้อรายการดังรายละเอียดแบบประเมินในภาคผนวก และตั้งชื่อตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวแปรที่อธิบายสมรรถนะ (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) ดังนี้

1. สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวดจำนวน 13 ข้อ
2. สมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และประสานงานส่งต่อ จำนวน 13 ข้อ
3. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะไตเคสจำนวน 13 ข้อ
4. สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิตจำนวน 11 ข้อ

สอดคล้องกับแบบประเมินสมรรถนะโดยกำหนดแบบรายการเป็นรายด้านโดยให้ผู้ถูกประเมินสาริทธิการปฏิบัติและมีผู้เชี่ยวชาญร่วมสังเกตการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบ

ระดับประกอบในแต่ละรายได้โดยกำหนดผลการประเมินเป็นระดับตามความชำนาญ End of Life Care Clinical Competencies for Palliative / End of Life Specialists (End of Life Core Competency Framework St Christopher's Hospice, 2012) แบ่งระดับสมรรถนะเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1)ระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยมีความเข้าใจทฤษฎีและหลักการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ต้องการความช่วยเหลือและอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ชำนาญการ 2) ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีสามารถปฏิบัติงานให้การดูแลที่เหมาะสมและแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนและ/หรือจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม 3) ระดับผู้ชำนาญ (Expert) คือพยาบาล วิชาชีพที่มีประสบการณ์มากสามารถตัดสินใจและเลือกวิธี การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมมีความเข้าใจในทฤษฎีและหลักการปฏิบัติแสดงให้เห็นถึงความคิดริเริ่ม และแก้ปัญหา/ความเสี่ยงที่มีความซับซ้อนสามารถสอนและประเมินผู้อื่นและมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลที่เลี้ยงได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อใช้ในการประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ เท่านั้นหากโรงพยาบาลอื่นๆ ต้องการที่จะนำไปใช้ ควรต้องนำไปวิเคราะห์ พิจารณาปรับปรุงให้แบบประเมินมีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำแบบประเมินนี้ไปเป็นแนวทางการประกอบการประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลต่อไปได้

2.แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่พัฒนาขึ้น ควรนำแนวคิดการประเมินผลการปฏิบัติงานแบบ 360 องศามาใช้ ควรประเมินจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการแผนกหรือพยาบาลหัวหน้าหน่วย เพื่อนร่วมงานตนเอง ผู้ช่วยพยาบาลที่อยู่ในสายงานมีความใกล้ชิดกับขณะปฏิบัติงาน เพื่อให้การประเมินนั้นปราศจากอคติ

3. ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลหรือฝ่ายพัฒนาบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิที่สร้างขึ้นใช้ในระดับองค์กร เป็นข้อมูลสนับสนุน การจัดฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้ตรงกับเป้าหมายขององค์กรได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

2. นำแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ไปทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทก่อนนำไปใช้จริง



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์. กรุงเทพมหานคร.
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคอง**. กระทรวงสาธารณสุข:คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. สงขลานครินทร์: ชานเมืองการพิมพ์.
- กนกวรรณ โภคา. (2552). **ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จนณะจง เพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 3(1), 1-17.
- ดาราวรรณ ร่องเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(), 109-124.
- ดุสิต สถาวร. (2557). **สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย WhoCareswedo**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารกิจการณย์*, 12(1), 31- 39.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.พรินท์ จำกัด.
- ธีระชล สาดสิน. (2560). **สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เขียวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานัต. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นราดูร. (2555). **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการ**

- วัดเชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศยามาศ ชีวสกุลยง, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟูและคณะ. (2557). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์จำกัด.
- ประคอง อินทรสมบัติ และสายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2558). **คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: สถาบันบาราศนราดรุณปิยะวรรณ โภคพลากรณ. (2549). **ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุภา เทอดอุดมธรรม. (2555). **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านแพ้ว.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง).** พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวรรณ แก้วทองและคณะ. (2560). **สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ.**วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 74-84.
- วีไลรัตน์ ใจพินิจ. (2557). **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารินา หนูพินิจ (2559). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในเอเชีย.** วิทยานิพนธ์ (พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่), คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมรพันธุ์ ธาณี และรัตน์ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.** **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,** 25(1), 144-156
- วาสนี วิเศษฤทธิ. (2558). **การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนี วิเศษฤทธิ, สุปรียา ตี๋อิง และจินต์จุฑา รอดพาล. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย.** กรุงเทพมหานคร: เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- ศุภลักษณ์ รัตนสาร. (2552). **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

- คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2547). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สภาการพยาบาล. (2552). **ขอบเขตและสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลขั้นสูง**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/20344.pdf> [27กรกฎาคม2561]
- สภาการพยาบาล. (2558). **โครงการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง**. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา)
- สภาการพยาบาล. (2558). **สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative nursespecialist competencies)**. กรุงเทพมหานคร.
- สุธารัตน์ กุศลตันมาศ. (2558). **ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองและระยะสุดท้าย**. กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- สุกัญญา รัตมีธรรมโชติ. (2551). **การจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วย CompetencyBasedHRM**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัททอมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สุกัญญา รัตมีธรรมโชติ. (2551). **แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วย CompetencyBased Learning**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศิริวัฒนา อินเตอร์พรินท์ จำกัด (มหาชน).
- สุภาพร ดาวดี, ฟาริดา อิบราฮิม, พะยอม อยู่สวัสดิ์และคณะ. (2537). **ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี นิมนานนิตย. (2552). **ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย**. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2549). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_48 [2561, พฤศจิกายน 10].
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). **คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ที่ควีพี บจก.

- สมศักดิ์ ภูวิภาดาบรรณ. (2544). **การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการประเมินตามสภาพจริง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ The Knowledge Center.
- อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์และสุชาย สุนทรภา. (2550). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ:เอช. พี. เพรส.
- อาภรณ์ ภูวิทยพันธุ์. (2551). **Behavioural Competency Dictionary**. กรุงเทพมหานคร: เอชอาร์ เซ็นเตอร์.
- อาภรณ์ ภูวิทยพันธุ์. (2556). **การวิเคราะห์ความจำเป็นในการฝึกอบรมบนพื้นฐานของ Competency**. กรุงเทพมหานคร: เอชอาร์ เซ็นเตอร์.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2559). **เอกสารประกอบคำสอนวิชาพัฒนาเครื่องมือวิจัยในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร. (2551). **การประเมินผลการปฏิบัติงาน การประเมินโดยใช้ Competency**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

ภาษาอังกฤษ

- Adelman, Clifford. (1986). **Assessment in Higher Education: Issues and Contexts**: US Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- Agnew, Thelma. (2009). New competencies for end-of-life care will help to get the basics right: core skills required in caring for a dying patient are being spelt out for health and social care workers. **Nursing Older People**,21(6), 8-9.
- Al Qadire, Mohammad. (2014). Nurses' knowledge about palliative care: A cross-sectional survey. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**,16(1), 23-30.
- American Association of Colleges of Nursing [AACN]. (2014).**AACN Futures Task Force**.Washington, DC.
- Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: a phenomenological study. **Intensive Crit Care Nurs** 30(4):211-218.doi: 10.1016/j.iccn.2013.12.002
- Bailey, Cara, Murphy, et al. (2011). Trajectories of end-of-life care in the emergency department. **Annals of emergency medicine**,57(4), 362-369.
- Brazil, Kevin, Brink, Peter, Kaasalainen, Sharon, et al. (2012). Knowledge and

- perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. **International journal of palliative nursing**, 18(2).
- Burns, Nancy, & Grove, Susan K. (2005). **Book Review: The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization** (5th ed.): Elsevier.
- Burns, Nancy, & Grove, Susan K. (2005). **Book Review: The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization (5th ed.)**: Elsevier.
- Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. **Critical care medicine**, 31(9), 2255-2262.
- Coyle, Nessa, & Sculco, Lois. (2004). **Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry**. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Dahlin, C. M. (2010). **Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses**. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). Oxford Textbook of Palliative Nursing: New York Oxford University Press.
- Degner, Lesley F, & Gow, Christina M. (1988). Preparing nurses for care of the dying: A longitudinal study. **Cancer Nursing**, 11(3), 160-169.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). **Fundamentals of nursing: Standards & practice**. Clifton Park, New York: Delmar Cengage Learning.
- Claudia Gamondi, Philip Larkin and Sheila Payne. (2013). **Core competencies in Palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1**. **EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE**, 20(2), 86-92.
- Claudia Gamondi, Philip Larkin and Sheila Payne. (2013). **Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2**. **EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE**, 20(2), 141-142.
- Dahlin, C. M. (2010). **Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses**. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). Oxford Textbook of Palliative Nursing: New York Oxford University Press.
- Gray R. Jenifer, Susan K. Grove & Suzanne Sutherland. (2017). **Burns and Grove's: The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation**

- of Evidence,(8th ed.):** Elsevier.
- Grove' S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence, seventh edition.** 7th ed. Missouri: Elsevier Saunders.
- Hamilton Inbadas, Michelle Gillies and David Clark. (2016). **Scottish Atlas of Palliative Care.** Scotland.
- Nova Scotia Health Authority. (2017). **The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework: A Reference Guide for Health Professionals and Volunteers (2017).** Scotland.
- Mierendorf, Susanne M., & Gidvani, Vinita. (2014). Palliative Care in the Emergency Department. **The Permanent Journal**, 18(2), 77-85. doi: 10.7812/TPP/13-103
- Miller, W. (2012). **Statistics and measurement concepts with Open Stat.** Springer Science & Business Media.
- Montagnini, Smith, Heather, & Balistrieri, Heather. (2012). Assessment of self-perceived end-of-life care competencies of intensive care unit providers. **Journal of palliative medicine**, 15(1), 29-36.
- Nguyen, Ly Thuy, Yates, Patsy, & Osborne, Yvonne. (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. **International journal of palliative nursing**, 20(9).
- NHS England. (2014). NHS England's Actions for End of Life Care. **J NHS England..**
- Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). **Palliative Care Competence Framework.** Dublin: Health Service Executive.
- St Christopher's. (2012). **End of Life Care Competency Framework.** England.
- Wolf, L. A., et al. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. **J Emergency Nurs** 41(5): 22-33
Doi:10.1016/j./Jen.2015.05.018
- World Health Organization. (2014). **Planning and implementing palliative care service: a guide for programme managers.**
Available from <http://www.who.int/ncd/management/>

palliativecare/palliative_care_services/en/ RetrivedonJune 26, 2018
World Health Oraganization. (2018). **Palliative Care Key Facts**. Avialiableform
<http://www.who.int/new-room/fact-sheets/detail/palliative-care>RetrivedonJune
28, 2018





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ

- 1.รศ.ดร.บุญใจ ศรีสถิตนรากร ตำแหน่ง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มีความชำนาญในการสร้างเครื่องมือวิจัย
มีผลงานวิชาการด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัย
- 2.รศ.ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม ตำแหน่ง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
มีประสบการณ์และมีความรู้ความเชี่ยวชาญ
มีงานวิชาการ งานวิจัย ด้านการดูแลแบบ
ประคับประคอง
- 3.นางสาวเนตรชนก พิมพ์ปิง ตำแหน่ง หัวหน้าแผนก Ward 4 W
โรงพยาบาลกรุงเทพวัฒโนสถ
มีประสบการณ์ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญใน
ด้านการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี
- 4.นางพรจันทร์ สัยละมัย ตำแหน่ง ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
มีประสบการณ์ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญใน
ด้าน การดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี
- 5.นางทิพย์พร สงวนทรัพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
มีประสบการณ์ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญใน
ด้านการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี



ที่ ศอ 0512.11/ 0275



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27

กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวสริน ยิ้มอยู่ โทร. 08-6544-3950

ที่ ศอ 0512.11/ 0275



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27

กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159
นางสาวสริน ยิ้มอยู่ โทร. 08-6544-3950

ที่ ศธ 0512.11/ 0๖๖4



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.สุชรา ชัยวิบูลย์ธรรม อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.สุชรา ชัยวิบูลย์ธรรม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวสริน ยิ้มอยู่ โทร. 08-6544-3950

ที่ ศธ 0512.11/ 0293



สถาบันพระมหากษัตริย์
เลขที่รับ..... 1023
วันที่ - ๑ มี.ค. ๒๕๖๒
เวลา..... ๑๓.๕๐ น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กุมภาพันธ์ 2562

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล
เลขที่..... ๐๒๙๓
วันที่..... ๑ มี.ค. ๒๕๖๒
เวลา..... ๑๕.๓๐ น.

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพระมหากษัตริย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพรจันทร์ สัยละมัย ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผู้อำนวยการ
สถาบันพระมหากษัตริย์

รศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
รศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

ทราบ

มอบ.....

โปรดดำเนินการต่อไป

(นายวิรุฒิ อิ่มสำราญ)

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางพรจันทร์ สัยละมัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ โทร. 0-2218-1159

นางสาวสริน ยิ้มอยู่ โทร. 08-6544-3950

มีอำนาจการสถาบันพระมหากษัตริย์
๑ มี.ค. ๒๕๖๒

ที่ ศธ 0512.11/ 0221



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพวัฒนโนสถ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเนตรชนก พิมพ์บึง หัวหน้าแผนก Ward 4 W เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวเนตรชนก พิมพ์บึง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวสริน ยิ้มอยู่ โทร. 08-6544-3950

ที่ ศธ 0512.11/0 ๒๗๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพย์พร สงวนทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางทิพย์พร สงวนทรัพย์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวสริน ยิ้มอยู่ โทร. 08-6544-3950



ภาคผนวก ค
หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

คณะกรรมาธิการการวิจัย	ปีงบประมาณ 2039
เลขที่กรมวิจัย	ว.ค.ป. 19 กค 62
ว.ค.ป.	เวลา 1400 น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 1 โทร.0-2218-3202, 83049
 ที่ จว 368 /2562 (อ) วันที่ 9 กรกฎาคม 2562
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 103.1/62 เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ (THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE NURSING COMPETENCY ASSESSMENT SCALE OF PROFESSIONAL NURSES) ของ นางสาวสริน ยิ้มอยู่ นิสิตระดับมหาบัณฑิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

พิภว์ พิภพพิภพ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 02-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202, 0-2218-3409 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 176/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 103.1/62 : การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของ
พยาบาลวิชาชีพ
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสริน ยิ้มอยู่
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for
International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน (มคจจ.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย
เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัดคนประดิษฐ์)
ประธาน

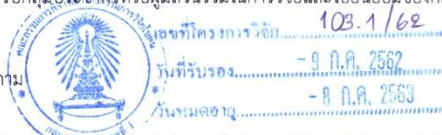
ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 9 กรกฎาคม 2562

วันหมดอายุ : 8 กรกฎาคม 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 02-14) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400
โทร. 0-2640-9537 ต่อ 5,433 โทรสาร 0-2354-4287 0-2354-4306

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

เลขที่ ..จ.../2562

ชื่อโครงการ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวสริน ยิ้มอยู่

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ที่	รายนาม	ตำแหน่ง	คณะกรรมการ	ลงนาม
1.	นายรัฐดำรง ธรรมโชติ	นายแพทย์ เชี่ยวชาญ	ประธานกรรมการ	
2.	นางปริญดา พีรธรรมานนท์	เภสัชกร เชี่ยวชาญ	กรรมการ	
3.	นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
4.	นางสาวนุชจรี พงษ์นริศร	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
5.	นางอัญญาณี นรนิศชัยกุล	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
6.	นางศุภฎี ใหญ่เรืองศรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
7.	นายสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ	
8.	นายสมภพ ปานมณี	ผู้ช่วยนักวิจัย	กรรมการ และเลขานุการ	



ใบอนุญาตโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ชื่อโครงการ (ไทย)	การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
(English)	The Development of Palliative Nursing Competency Assessment Scale of Professional Nurses
รหัสโครงการวิจัย	048/2562
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวสริน ยิ้มอยู่
สังกัด	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
การรับรอง	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ได้พิจารณาและมีมติอนุมัติให้กับโครงการวิจัยนี้
วันที่อนุมัติ	20 กันยายน 2562
ระยะเวลาที่อนุมัติ	5 เดือน
วันที่หมดอายุ	20 กุมภาพันธ์ 2563

(ลงนาม) 

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์



แบบเอกสารที่ ECF 20

**Human Research Ethics Committee
Chulabhorn Research Institute**

Title of Project The Development of Palliative Nursing Competency Assessment Scale of Professional Nurses

Project Code 048/2562

Principal Investigator Miss Rosarin Yimyou

Affiliation HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

Date of approval September 20, 2019

Approval Period 5 months

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Human Research Ethics Committee, based on the Declaration of Helsinki.

Signature Chaivej Nuchprayoon

(Professor Emeritus Chaivej Nuchprayoon, M.D.)

Chairperson

Human Research Ethics Committee



ที่ สธ ๐๓๑๕/๒๑๙๓

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
๒๖๘/๑ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวสริน ยิ้มอยู่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
๒. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการทบทวนวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบ
ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ” ให้กับคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พิจารณาอนุญาต นั้น

ในการนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติอนุมัติให้ดำเนินงานโครงการวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบ
เอกสารรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบัน
มะเร็งแห่งชาติมาด้วยแล้ว และหากมีการปรับแก้ไข/เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยขอให้นักวิจัยแจ้งคณะกรรมการ
ทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวีรวุฒิ อิ่มสำราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กลุ่มงานวิจัย

โทร. ๐ ๒๒๐๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๑๔๒๔

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๑๔๑๔



Certificate of Approval

From

Ethics Committee of National Cancer Institute, Thailand

EC COA 039/ 2019

Protocol Title	The Development of palliative nursing competency assessment scale of professional nurses
Protocol Number	291_2019C_OUT621
Principal Investigator	Miss Rosarin Yimyou
Affiliation	Chulalongkorn University
Research Site	National Cancer Institute
Document Approved	1. Research Protocol 2. Participant Information Sheet 3. Informed Consent Form 4. Questionnaire
Date of Approval	September 10, 2019

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, National Cancer Institute, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice

(Dr.Somchai Thanasitthichai.)
Chairman, Ethics Committee

(Dr.Weerawut Imsamran)
Director, National Cancer Institute



COA No. 1048/2019

IRB No. 539/62

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

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 : การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสริน ยิ้มอยู่

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :



1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 17/09/2562
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 10/08/2562
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 วันที่ 17/09/2562
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 17/09/2562
5. แบบสอบถาม Version 1 Date 10/08/2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Rosarin Yimyou
- Assist.Prof. Wasinee Wiserith, Ph.D., RN.

<p>ลงนาม </p> <p>(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	<p>ลงนาม..... </p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>
---	---

วันที่รับรอง : 26 กันยายน 2562

วันหมดอายุ : 25 กันยายน 2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 1048/2019

IRB No. 539/62

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

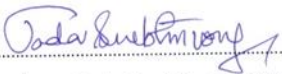
Study Title	: THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE NURSING COMPETENCY ASSESSMENT SCALE OF PROFESSIONAL NURSES
Study Code	: -
Principal Investigator	: Miss Rosarin Yimyou.
Affiliation of PI	: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
Review Method	: Expedited
Continuing Report	: At least once annually or submit the final report if finished.
Document Reviewed	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Research Proposal Version 2 Date 17/09/2019 2. Protocol Synopsis Version 1 Date 10/08/2019 3. Information sheet for research participant Version 3 Date 17/09/2019 4. Consent for participation in the project for volunteers Version 2 Date 17/09/2019 5. Questionnaire Version 1 Date 10/08/2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Rosarin Yimyou
- Assist.Prof. Wasinee Wisarith, Ph.D., RN.

Signature: 
(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)
PhD)

Chairperson
The Institutional Review Board

Signature: 
(Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD,

Member and Secretary
The Institutional Review Board

Date of Approval : September 26, 2019
Approval Expire Date : September 25, 2020

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ตาราง สรุปประเด็นสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการดูแลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
1. สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	<p>1.1.สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย ระบบบริการ แนวคิดหลักการ การใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองอย่างถ่วงแท้</p> <p>1.2 สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยนเพื่อการตอบสนองความต้องการของบุคคลในระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์ จิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</p> <p>1.3. สามารถใช้เครื่องมือประเมินความต้องการ เช่น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>1.4 สามารถประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1.1.สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบายระบบบริการ แนวคิดหลักการ ความหมาย การใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่วงแท้</p> <p>1.2 สามารถประเมินปัญหาวิเคราะห์ความต้องการ วางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และการดำเนินโรคของผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า(advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>คงเดิม</p> <p>1.4 สามารถดูแลผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามแผนการที่วางไว้ มีการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้</p>

ตาราง สรุปประเด็นสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการดูแลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้
จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจาก ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
1. สมรรถนะด้าน การดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว	<p>1.5 สามารถวางแผนการดูแล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้</p> <p>1.6 สามารถจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลการเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้แนะนำให้ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย</p>	<p>1.5 สามารถให้ความรู้ แนะนำ และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวนำไปจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย</p>
2. สมรรถนะด้าน การจัดการอาการ ปวดและอาการ ทุกข์ทรมาน	<p>2.1 สามารถจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ แยกประเภทของอาการปวดให้การบำบัดความเจ็บปวดและค้นหาปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดดีขึ้นหรือเลวลงได้ และให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด/ความทุกข์ทรมานโดยทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือก ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>2.2 สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุโดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ ยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยในเรื่องความปวด วางแผนการรักษาอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วย</p>	<p>2.1 สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ ยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยในเรื่องความปวด วางแผนการรักษาอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>2.2 สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย แยกประเภทของอาการปวดให้การบำบัดความเจ็บปวด และค้นหาปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดดีขึ้นหรือเลวลงได้ และให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด/ความทุกข์ทรมานโดยทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือก ได้อย่างเหมาะสม</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์
ทรมานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. สมรรถนะด้าน การจัดการอาการ ปวดและอาการ ทุกข์ทรมาน	<p>2.3 สามารถรับรู้ และเข้าใจแผนการรักษา ทางการแพทย์ / ให้การพยาบาล อย่าง นุ่มนวล อ่อนโยน ร่วมกับการดูแลแบบ ผสมผสาน ในการบรรเทาความปวด นอกเหนือจากการใช้ยา เช่น การนวด การ ทำสมาธิ การประคบร้อน-เย็น โดยนำมา ประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการความปวด ได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของ ผู้ป่วย</p> <p>2.4 สามารถบอกประเภทของยาบรรเทา ปวดและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ระงับความปวด ปฏิบัติการบริหารยา บรรเทาความปวด ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ประเมินผลข้างเคียงจาก การได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา</p> <p>2.5 สามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมิน ความปวดได้อย่างเหมาะสมตามการรับรู้ ของผู้ป่วย โดยสอนผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการ ประเมินความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความ รุนแรงของอาการปวด ด้วยวิธีที่ผู้ป่วยที่ ผู้ป่วยเข้าใจได้และให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติ</p>	<p>2.3 มีความรู้ ความเข้าใจแผนการรักษา ของแพทย์ / ให้การพยาบาล โดยนำมา ประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการความปวดได้ อย่างเหมาะสมตามความต้องการของ ผู้ป่วยทั้งการใช้ยาและการแพทย์แบบ ผสมผสาน เช่น การนวด การทำสมาธิ การประคบร้อน-เย็น อย่างเหมาะสมตาม ความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>2.4 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภท ของยาบรรเทาปวดและป้องกันอาการ ข้างเคียงจากการใช้ยาระงับความปวด ให้ การบริหารยาบรรเทาความปวดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ประเมินผลข้างเคียงจาก การได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมทันเวลา</p> <p>2.5 สามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินความ ปวดและสอนผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการ ประเมินความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความ รุนแรงของอาการปวด ด้วยวิธีที่ผู้ป่วยที่ ผู้ป่วยเข้าใจได้และให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามการรับรู้ของ ผู้ป่วย</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการดูแลในระยะใกล้ตายที่ได้จากการ
ทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
3. สมรรถนะด้านการ ดูแลในระยะใกล้ตาย	<p>3.1 สามารถอธิบายความหมายของการ ตายดี ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของ ผู้ป่วยใกล้ตาย และเข้าใจกระบวนการ ตาย ได้อย่างถ่องแท้โดยมีทัศนคติที่ดีใน การดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.2 สามารถประเมินผู้ป่วยด้วย แบบ ประเมิน Palliative Performance scale เพื่อประเมินสภาพร่างกายของ ผู้ป่วยโดยให้การพยาบาลตามระดับ คะแนนได้ถูกต้อง และใช้เครื่องมือ The Edmonton Symptom Assessment tool ประเมินกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวาง แผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ อย่างเหมาะสมและให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการ ครบถ้วนและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์</p> <p>3.3 สามารถเตรียมผู้ป่วยครอบครัวให้ เผชิญกับภาวะตาย ตามวัฒนธรรม ความ เชื่อ ศาสนาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>3.1 มีความรู้และเข้าใจ ความหมายของการ ตายดีในบริบทของแต่ละบุคคลและ กระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การ พยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยใน ระยะสุดท้าย</p> <p>แก่เป็น</p> <p>3.3 สามารถประเมินสภาพร่างกาย และ กลุ่มอาการรบกวนต่างๆร่วมกับการ ประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีม ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมให้ ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนตาย อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p> <p>3.4 สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการเผชิญกับภาวะใกล้ ตายได้อย่างเหมาะสม กับวัฒนธรรม ความเชื่อและ ศาสนา</p>

ตาราง สรุปประเด็นสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการดูแลในระยะใกล้ตายที่ได้จากการ
ทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
3. สมรรถนะด้าน การดูแลใน ระยะใกล้ตาย	<p>3.4 สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ องค์รวม ให้ได้รับความสุขสบายทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตาม ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว โดย จัดการศพเมื่อถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม</p> <p>3.5 สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เรื่อง พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตายตามความเชื่อ ของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การกล่าว คำลา การขอโหสิกรรม โดยนำมาใช้ใน การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี</p> <p>3.6 ให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมได้อยู่ดูแล ใกล้ชิด ผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตตาม ความต้องการของผู้ป่วย</p>	<p>3.5 สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของ ผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้ง ช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม อย่างเหมาะสม</p> <p>3.6 สามารถบูรณาการความรู้พิธีกรรม ทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณี เกี่ยวกับความตายตามความเชื่อของ ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การกล่าวคำลา การขอโหสิกรรมโดยนำมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี แก่เป็น 3.7 ดูแลจัดการสนับสนุนและเปิด โอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมได้อยู่ดูแล ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่ง เสียชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการดูแลในระยะใกล้ตายที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
3. สมรรถนะด้าน การดูแลในระยะ ใกล้ตาย	<p>3.7เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติศาสนกิจ ตามความเชื่อ ทางศาสนาของตนเองได้ เช่น การทำสังฆทาน สะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด และให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น</p> <p>3.8 สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยเพื่อให้พร้อมรับกับภาวะสุดท้ายของชีวิต</p>	<p>แก้3.8 ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทานสะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด และให้นำสิ่งของที่มีความหมาย ทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น</p> <p>แก้เป็น ข้อ 3.2 มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดีให้การรับฟังและแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและคำปรึกษา จัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสีย</p>

ตาราง สรุปประเด็นสมรรถนะหลักข้อสมรรถนะย่อยด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
4. สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต	<p>4.1 สามารถบอกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)และการสูญเสีย(Loss) ได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p> <p>4.2สามารถรับฟังและเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>4.3 สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสีย เพื่อลดความเศร้าโศกได้ โดยให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการยอมรับกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกได้และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อประเมินได้ว่าสามารถจัดการปัญหาด้านการปรับตัวได้</p> <p>4.4 สามารถให้คำปรึกษาและอธิบายให้ความรู้แก่เพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับผลกระทบส่วนบุคคลในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก และกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>4.1 สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก (Grief) การสูญเสีย (Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ</p> <p>4.2 มีทักษะในการรับฟังและเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p> <p>4.3 สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศกได้ โดยช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อประเมินได้ว่าไม่สามารถจัดการปัญหาด้านการปรับตัวได้</p> <p>4.4 สามารถให้คำปรึกษาและสอนให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบส่วนบุคคลในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก และกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการสื่อสารและการให้บริการที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. สมรรถนะด้าน การสื่อสารและการ ให้บริการ	<p>5.1 สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และเลือกใช้ ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม เช่น การ บอกข่าวร้าย (Communication bad news) การบอกความจริง ปฏิบัติตาม ขั้นตอนในการบอกข่าวร้ายให้กับผู้ป่วย และครอบครัวให้รับรู้้อย่างเหมาะสมกับ สถานการณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน และเกิดสัมพันธภาพที่ดีโดยคำนึงถึง เวลาสถานที่และสภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายทุกครั้ง</p> <p>5.2 สามารถใช้ทักษะด้านการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อ ความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมี ส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การ ถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การ สังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสมตาม บริบทของผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>5.1 สามารถมีศาสตร์และศิลป์ในการใช้ เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวใน ระยะสุดท้ายอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การ บอกข่าวร้าย (Communication bad news) การบอกความจริง ปฏิบัติตาม แนวทางในการบอกข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและ ครอบครัวให้รับรู้้อย่างเหมาะสมกับ สถานการณ์มีทักษะการฟังที่ดีจับประเด็น สำคัญในการสนทนาได้ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจอันดีต่อกันและเกิดสัมพันธภาพที่ดีโดย คำนึงถึงเวลาสถานที่และสภาพความพร้อม ของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายทุกครั้ง</p> <p>คงเดิม</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา	<p>5.3 สามารถนำเทคนิคการสื่อสารทั้งการสื่อสารที่เป็นคำพูดและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา(Therapeutic communication skill) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำการสื่อสารแบบอื่นที่เป็นประโยชน์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การฟัง ความเงียบ การใช้คำถาม ปลายเปิด การสรุปความ การสัมผัส เป็นต้น</p> <p>5.4 สามารถจัดเตรียมสถานที่และสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก โดยเป็นผู้รับฟังที่ดี ให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยหลังได้รับแจ้งข่าวร้ายประเมินและการจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>5.5 สามารถส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผนดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามบริบทของสังคม</p>	<p>ยืนยัน 5.3 เน้นการสื่อสารแบบอวัจนภาษา</p> <p>5.4 ให้การดูแลและพูดคุยหาแนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก โดยเป็นผู้รับฟังที่ดีประเมินและการจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษาที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. สมรรถนะด้าน การสื่อสารและ การให้การปรึกษา	<p>5.6 สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสารและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันและปฏิบัติตามความปรารถนาโดยเข้าใจและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>5.7 สามารถประยุกต์ใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม ในการอธิบายความแตกต่างในแต่ละระยะเวลาของความเจ็บป่วยและแนวทางในการรักษา ให้เหมาะสมตามวัฒนธรรมและหลักเสียงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์</p> <p>5.8 สามารถให้การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยอธิบายทางเลือก แบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยให้ครอบครัวรับทราบอย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้ อย่างเต็มความสามารถ</p>	<p>5.6 สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสารเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน โดยเข้าใจและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>5.7 สามารถใช้ภาษาในการสื่อสาร ในการอธิบายความแตกต่างในแต่ละระยะเวลาของความเจ็บป่วยและแนวทางในการรักษา อย่างเหมาะสมตาม วัฒนธรรมและหลักเสียงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการสื่อสารและการให้บริการที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. สมรรถนะด้าน การสื่อสารและ การให้บริการ	<p>5.9 สามารถยอมรับและเข้าใจความแตกต่างในแต่ละบุคคลโดยการแสดงออกทางสีหน้าและวางตัวอย่างเหมาะสมตามบริบท เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ</p> <p>5.10 สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลและความทุกข์ของผู้ป่วย และครอบครัวด้วยความตั้งใจ มีการสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย พักหน้าเพื่อตอบสนองทางอารมณ์ แสดงถึงการให้เกียรติและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>5.11 สามารถรับฟังและพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติโดยแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเองกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้ง ด้วยความยินดี อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับความตายของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ตัดข้อนี้ออก</p> <p>รวมข้อ 5.10 และ 5.11 เป็น</p> <p>5.9 สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลและความทุกข์ของผู้ป่วย และครอบครัวด้วยความตั้งใจ มีการสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย พักหน้าเพื่อตอบสนองทางอารมณ์ แสดงท่าทีที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดจาเป็นกันเองกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้ง รวมถึงให้เกียรติและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>รวมกับข้อ 5.10 แล้ว</p>

ตารางที่ สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา	5.12 สามารถเป็นผู้นำและจัดการประชุมระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมที่ให้การดูแลรักษา มีการบันทึกรวบรวมข้อมูล และวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายเป็นในการร่วมวางแผน การรักษาดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันโดยยึดตามหลักกฎหมาย	5.10 สามารถเป็นผู้นำ/ผู้ประสานงาน ในการจัด Family meeting ร่วมกับทีมดูแล มีการบันทึกรวบรวมข้อมูล และวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สอบทวนข้อมูลและตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันโดยยึดตามหลักกฎหมาย

ตาราง สรุปประเด็นสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านจริยธรรมและกฎหมายที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
6.สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย	<p>6.1 สามารถอธิบายและปฏิบัติตามจริยธรรมทางการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>6.2 สามารถอธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ภาระบณการยืดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย พินัยกรรมชีวิต สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการจัดการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการแสดงเจตนา ปฏิเสธการรักษาต่างๆ ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษรไว้เป็นหลักฐานให้ชัดเจนถูกต้องตามกฎหมาย</p>	<p>6.1มีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตามจริยธรรมทางการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วยเคารพในความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>6.2 มีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ภาระบณการยืดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย แสดงเจตนารับการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน/เพิ่มความสบายและปฏิเสธการรักษาหรือหัตถการที่ทำเพื่อยืดความตาย โดยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นประโยชน์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย โดยไม่กดดันให้ครอบครัวรู้สึกผิด โดยเน้นการบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นหลักฐานให้ชัดเจนถูกต้องตามกฎหมาย</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านจริยธรรมและกฎหมายที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
6.สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย	<p>6.3 สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>6.4 สามารถบันทึกข้อมูลการวางแผนการดูแลในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแลสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรก โดยนำเทคโนโลยีในการสื่อสารมาประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>6.5 สามารถบริหารจัดการเวลาเข้ารับบริการฝึกอบรมและพัฒนาตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามที่สภาการพยาบาลกำหนดในการปฏิบัติการทางคลินิกและหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองได้</p>	<p>6.3 สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>6.4 สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแล ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับบริบท เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแลสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรก โดยนำเทคโนโลยีในการสื่อสารมาประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอ</p> <p>6.5 สามารถบริหารจัดการเวลา เพื่อเข้ารับบริการฝึกอบรมและพัฒนาตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องตามที่สภาการพยาบาลกำหนด</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
7.สมรรถนะด้าน ศาสนา จิต วิญญาณ และ วัฒนธรรม	<p>7.1 สามารถประเมิน ประเด็นเกี่ยวกับ ค่านิยม ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วย และให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่อง ความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทาง ศีลธรรมและจิตวิญญาณ โดยอนุญาตให้ ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>7.2 สามารถประเมินความต้องการด้าน จิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน แล้ว สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้อง ตามความเชื่อทางวัฒนธรรม ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน</p> <p>7.3 สามารถประเมินผู้ป่วย รวมถึง สะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความต้องการของ ตนเอง ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่อยู่ใน ความทุกข์ทรมานตลอดจนให้คำปรึกษา แนะนำได้ตามความเหมาะสม แต่ต้อง ระมัดระวังผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และผู้ดูแล</p>	<p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
8. สมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ	<p>8.1 มีความสามารถในการอธิบายขั้นตอนและให้การประสานงาน การส่งต่อ การวางแผนการให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วย และสหสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย</p> <p>8.2 มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนรวมทั้งสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว</p> <p>8.3 สามารถอธิบายระบบการประสานงานให้กับทีมชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามความต้องการ</p> <p>8.4 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การดูแลในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพ</p>	<p>8.1 มีความสามารถในการอธิบายขั้นตอนและประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับทีมผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วย รวมทั้ง สหสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย</p> <p>8.2 สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนรวมทั้งสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว</p> <p>8.3 สามารถบริหารจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามความต้องการ</p> <p>8.4 สามารถบันทึกข้อมูล แผนการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบสมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
8.สมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ		<p>นำมาจาก สมรรถนะที่ 9 ด้านการสอนและการให้ความรู้</p> <p>8.5 ให้คำปรึกษารวมทั้งมีส่วนช่วยในการพัฒนา บริหารจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน</p>

ตาราง สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านด้านการสอนและการให้ความรู้ที่ได้จากการ
ทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่1

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
9. สมรรถนะด้าน การสอนและการ ให้ความรู้	<p>9.1 ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง มีส่วน ร่วมในกิจกรรมทางการศึกษา นำความรู้ และเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ ใน การดูแลผู้ป่วยระยะ ยะสุดทำอย่าง สม่ำเสมอ เพื่อรักษามาตรฐานและพัฒนา ตนเองโดยถามผู้รู้ เรียนรู้กับผู้ที่ ประสบการณ์ตรง ทำหน้าที่เป็น แหล่งข้อมูลให้กับทีมสุขภาพ</p> <p>9.2 สามารถสอนส่งเสริมและให้ความรู้ แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคม ให้ตระหนักถึงความสำคัญของ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่</p> <p>9.3 สามารถสอนและส่งเสริมให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคม ให้มีทัศนคติที่ดีมีความรู้และมี ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>9.1 สามารถหาความรู้ด้วยตนเอง รวมถึง การนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจาก ฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานใน การดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเอง อย่างต่อเนื่อง</p> <p>9.2 จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตามบทบาทหน้าที่ที่ตัดออกเนื่องจาก ความหมายซ้ำซ้อนกับข้อรายการอื่น ปรับแก้เป็น</p> <p>9.4 สามารถให้ความรู้ แนะนำ จัด สิ่งแวดล้อมในการดูแลแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวเพื่อให้จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้ อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 10 (ต่อ) สรุปรายด้านสมรรถนะหลักและข้อสมรรถนะย่อยด้านด้านการสอนและการให้ความรู้
ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

องค์ประกอบ สมรรถนะ	ข้อรายการสมรรถนะย่อยที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม	ข้อรายการสมรรถนะย่อยจากความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
9. สมรรถนะ ด้านการสอน และการให้ ความรู้	<p>9.4 สามารถให้คำปรึกษาและมีส่วนช่วยในการพัฒนาและจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน</p> <p>9.5 มีความสามารถในการจัดระบบข้อมูลและมีทักษะในการสืบค้นโดยใช้ฐานข้อมูลต่างๆด้านการดูแลแบบประคับประคองได้ รวมถึงมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>9.6 สามารถบริหารจัดการเวลาเข้ารับอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ตัดออก นำไปรวมกับ สมรรถนะด้านที่ 8 ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>รวมกับข้อ 9.1 ตัดออก</p> <p>ปรับเป็นข้อ 9.3 เข้ารับอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1. สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย แนวคิดหลัก การใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย แนวคิดหลัก การใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ถูกต้องและครอบคลุม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย แนวคิดหลัก การใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ถูกต้องและครอบคลุม รวมถึง</p>	<p>สมรรถนะที่ 1 ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1. สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย แนวคิดหลัก การใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้ ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>ปรับแก้</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงผลกิจกรรม</p> <p>ระดับ 3 :สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงด้านการใช้กระบวนการพยาบาลได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงด้านการใช้กระบวนการพยาบาลได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย แนวคิดหลัก การใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างถูกต้อง แต่ยังคงต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>2.สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการดูแล ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) และใช้เครื่องมือ The Edmonton Symptom Assessment tool (ESAS)แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการดูแล ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) และใช้เครื่องมือ The Edmonton Symptom Assessment tool (ESAS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานแก่พยาบาลระดับอื่นได้</p>	<p>ระดับ 1 : ต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาล</p> <p>2. สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง The Edmonton Symptom Assessment tool (ESAS)และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 2 : สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการดูแล ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) และใช้เครื่องมือ The Edmonton Symptom Assessment tool (ESAS)แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการดูแล ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) และใช้เครื่องมือ The Edmonton Symptom Assessment tool (ESAS)แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยงscale) และใช้เครื่องมือ The Edmonton</p> <p>3. สามารถวิเคราะห์ความต้องการ และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและการดำเนินโรคของผู้ป่วย ร่วมกับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้</p>	<p>ระดับ 2 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและประเมินอาการของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการดูแล ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>3. สามารถวิเคราะห์ความต้องการ และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและการดำเนินโรคของผู้ป่วย ร่วมกับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถวิเคราะห์ความต้องการ และวางแผน การดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและการดำเนินโรคของ ผู้ป่วย ร่วมกับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและ ความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่ พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถวิเคราะห์ความต้องการ และวางแผน การดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและการดำเนินโรคของ ผู้ป่วย ร่วมกับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถวิเคราะห์ความต้องการ และวางแผน การดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและการดำเนินโรคของ ผู้ป่วย ร่วมกับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ปรับแก้</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดง พฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความ เสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาล ระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบริหารจัดการปัญหาวางแผนการ ดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถวางแผนการดูแลรักษาตนเอง ล่วงหน้าภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>4. สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน โดยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ระดับ 3 : สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน โดยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน โดยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน โดยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ปรับแก้ รวมกับข้อ 4+ 5</p> <p>4. สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : บริหารจัดการปัญหาแผนการดูแลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถวางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>5. สามารถร่วมประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้</p> <p>ระดับ 3 : สามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ตัดออกรวมกับข้อ 4</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
และจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>2.สมรรถนะด้านการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมาน</p> <p>6.สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ</p> <p>ระดับ 3 : สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องตามความต้องการได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ปรับแก้ ข้อ6+7 เนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนกัน</p> <p>5.มีความรู้เข้าใจ แผนการรักษาของแพทย์ สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่น และจัดการความปวดทั้งแบบการใช้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3: สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบริหารจัดการปัญหาประเมินและจัดการความปวดให้ผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้ วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ต่อเนื่องตามความต้องการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>7.มีความรู้ ความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ โดยประยุกต์ใช้กับการพยาบาล ในการจัดการความปวดทั้งแบบการใช้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ ความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ โดยประยุกต์ใช้กับการพยาบาล ในการจัดการความปวดทั้งแบบการใช้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : มีความรู้ ความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ โดยประยุกต์ใช้กับการพยาบาล ในการจัดการความปวดทั้งแบบการใช้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ระดับ 1 : สามารถประเมินความปวดและจัดการความปวดภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ตัดข้อ 7 ออกนำไปปรับรวมกับข้อ 6</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : มีความรู้ ความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ โดยประยุกต์ใช้กับการพยาบาล ในการจัดการความปวดทั้งแบบการใช้ยาและการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>8.สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค แยกประเภทของอาการปวด ให้การพยาบาลบำบัดความเจ็บปวดทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค แยกประเภทของอาการปวด ให้การพยาบาลบำบัดความเจ็บปวดทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค แยกประเภทของอาการปวด ให้การพยาบาลบำบัดความเจ็บปวดทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>คงเดิม แก้เป็นข้อ 6</p>

ตาราง (ต่อ)

อธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค แยกประเภทของอาการปวด ให้การพยาบาลบำบัดความเจ็บปวดทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>9. มีความรู้ความเข้าใจประเภทของยาบรรเทาปวด สามารถบริหารยาบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ความเข้าใจประเภทของยาบรรเทาปวด สามารถบริหารยาบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : มีความรู้ความเข้าใจประเภทของยาบรรเทาปวด สามารถบริหารยาบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ข้อ 9 ปรับเป็นข้อ 7 โดยเฉพาะกลุ่มมอร์ฟิน</p> <p>7. มีความรู้ความเข้าใจประเภทของยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะกลุ่มมอร์ฟิน สามารถบริหารยาบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3: สามารถบริหารยาบรรเทาปวดและประเมินผลข้างเคียงของยาจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบริหารยาบรรเทาปวดและประเมินผลข้างเคียงของยาจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : มีความรู้ความเข้าใจประเภทของยาบรรเทาปวด สามารถบริหารยาบรรเทาปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>10. สามารถสอนให้ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและวิธีบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน ให้สามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถสอนให้ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและวิธีบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน ให้สามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถสอนให้ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและวิธีบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน ให้สามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถสอนให้ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและวิธีบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบใช้ยาและการดูแลแบบผสมผสาน ให้สามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ระดับ 1 : สามารถบริหารยาบรรเทาปวดและประเมินผลข้างเคียงของยาภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>8.สามารถสอนผู้ป่วยและญาติให้เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดและวิธีบรรเทาอาการปวด ให้สามารถกลับไปดูแลและจัดการอาการปวดที่บ้านได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงในการสอนด้านการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถจัดการปัญหาการสอนในการสอนด้านการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถสอนในการสอนด้านการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติได้ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุป
ของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>3.สมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย</p> <p>11. มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ปรับแก้เป็นข้อ 9 ดังนี้</p> <p>9. มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยในระยะใกล้ตายได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : ความเข้าใจความหมายของการตายดีและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แต่ยังคงต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>12. มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้กำลังใจและจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในระยะสุดท้ายเพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้กำลังใจและจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในระยะสุดท้ายเพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้กำลังใจและจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในระยะสุดท้ายเพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ระดับ 1: มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดีและกระบวนการตายได้ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ข้อ12 ตัดออกนำไปความหมายซ้ำซ้อนกับกับข้อ14</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้กำลังใจ และจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ประสบการณ์ในระยะสุดท้ายเพื่อเตรียมครอบครัวให้ พร้อมรับกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การ นิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>13. สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการ รบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิต สัมคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแล นำมาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ อย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนตาย อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p> <p>ระดับ 3 : สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่ม อาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสัมคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแล นำมาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ อย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนตาย อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ บริหารจัดการปัญหา และความเสียดได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่ พยาบาลระดับอื่นได้</p>	<p>ปรับเป็นข้อ</p> <p>10. สามารถประเมินสภาพร่างกาย จิตสัมคม จิตวิญญาณ และ กลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแล นำมาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่าง เหมาะสมให้ ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดง พฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงประเมิน สภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการ ประเมินทางด้านจิตใจ จิตสัมคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย ได้อย่างเหมาะสม ได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่ พยาบาลระดับอื่นได้</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 2 : สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลนำมาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลนำมาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการครบถ้วนตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>14. สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับ อาการและการแสดงของภาวะใกล้ตายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>ระดับ 2 : สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับทีมดูแลได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ ร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>คงเดิม ปรับแก้เป็น ข้อ11 แก้ไขดังนี้</p> <p>11. สามารถเตรียมความพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยจัดการอาการในภาวะใกล้ตาย ให้ญาติพร้อมรับกับความสูญเสียได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับ อาการและการแสดงของภาวะใกล้ตาย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับ อาการและการแสดงของภาวะใกล้ตายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับ อาการและการแสดงของภาวะใกล้ตายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>15. สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถเตรียมความพร้อม จัดการปัญหาและความเสี่ยงโดยจัดการอาการในภาวะใกล้ตาย ได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเตรียมความพร้อม จัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1: สามารถเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะใกล้ตายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>คงเดิม ปรับแก้เป็น ข้อ12 แก้ไขดังนี้</p> <p>12. สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมโดยเปิดโอกาสให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสมบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายได้ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>16. สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ</p> <p>ระดับ 3 : สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	ตัดออกเนื่องจากซ้ำซ้อนกับข้อ 15

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>4.สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต</p> <p>17. สามารถสังเกตอาการแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดไม่แสดงท่าทีรังเกียจได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : . สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจได้อย่างเหมาะสมบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจได้อย่างเหมาะสมและบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ปรับแก้เป็น ข้อ13 แก้ไขดังนี้</p> <p>13. สามารถประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสังเกตอาการ แยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศกการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด มีปฏิริยาตอบสนองได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยและญาติเกิดภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 2 : สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศกการสูญเสีย กับภาวะซึมเศร้าได้ และ บริหารจัดการปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1: สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจได้อย่างเหมาะสม แต่ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>18. เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้</p> <p>ระดับ 3 : เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจ ด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ระดับ 1 : สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก การสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม แต่ยังต้องได้รับการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ปรับแก้เป็น ข้อ14แก้ไขดังนี้</p> <p>14. เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วย ความยินดี แสดงการเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถรับฟังปัญหาความโศกเศร้า ความกังวลใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถรับฟังปัญหาความโศกเศร้า ความกังวลใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจ ด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลที่เลี้ยง</p> <p>19. สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและผลกระทบส่วนบุคคลที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระดับ 3 : สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและผลกระทบส่วนบุคคลที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและผลกระทบส่วนบุคคลที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ระดับ 1: สามารถรับฟังปัญหาความโศกเศร้า ความกังวลใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลที่เลี้ยง</p> <p>ปรับแก้เป็น ข้อ15แก้ไขดังนี้</p> <p>15. สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและผลกระทบส่วนบุคคลที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3: สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่น</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและผลกระทบส่วนบุคคลที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>20. สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศกให้ปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาได้</p> <p>ระดับ 3 : สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศกได้ ให้ปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 2 : สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศกได้ ให้ปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ระดับ 1: สามารถเป็นผู้สนับสนุนญาติและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ปรับแก้เป็น ข้อ16แก้ไขดังนี้</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสีย ความเศร้าโศกได้ ให้ปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาล พี่เลี้ยง ถ้ามีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญและไม่สามารถจัดการปัญหาได้</p>	<p>คงเดิม</p>



ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจาก
การสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>5.ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา</p> <p>21. มีความรู้ ความเข้าใจสามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การบอกข่าวร้าย การบอกความจริง จับประเด็นสำคัญได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยคำนึงถึงเวลาสถานที่ สภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายอย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ ความเข้าใจสามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การบอกข่าวร้าย การบอกความจริง จับประเด็นสำคัญได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยคำนึงถึงเวลาสถานที่ สภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายอย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p>	<p>ปรับรวมกับข้อที่ 22 เนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนกันปรับแก้เป็น</p> <p>17. มีความรู้ ความเข้าใจสามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม จับประเด็นสำคัญได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยคำนึงถึงสภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายอย่างเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสาร ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 2 : มีความรู้ ความเข้าใจสามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การบอกข่าวร้าย การบอกความจริง จับประเด็นสำคัญได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยคำนึงถึงเวลาสถานที่ สภาพความพร้อมของผู้ป่วยและแต่ละรายอย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : มีความรู้ ความเข้าใจสามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การบอกข่าวร้าย การบอกความจริง จับประเด็นสำคัญได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยคำนึงถึงเวลาสถานที่ สภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายอย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>22. สามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น / การฟังอย่างมีส่วนร่วม การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การให้กำลังใจ การสังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p>	<p>ระดับ 2 : สามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสาร ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว เหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาการให้คำปรึกษาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ตัดออกเนื่องจากซ้ำซ้อนกับข้อที่ 21</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 2 : สามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุปได้อย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุปได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>23. สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา (Therapeutic communication skill) เช่น การฟัง ความเจียม การใช้คำถาม ปลายเปิด การสรุป ความ การสัมผัส เป็นต้น</p>	<p>ปรับรวมกับข้อที่ 27 เนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนกัน</p> <p>18. สามารถใช้การสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก ตัดสินใจร่วมกัน เข้าใจ ยอมรับในการตัดสินใจและปฏิบัติตามความต้องการอย่างเต็มความสามารถ</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา (Therapeutic communication skill) เช่น การฟัง ความเงียบ การใช้คำถาม ปลายเปิด การสรุปความ การสัมผัส เป็นต้นรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา(Therapeutic communication skill) เช่น การฟัง ความเงียบ การใช้คำถาม ปลายเปิด การสรุปความ การสัมผัส เป็นต้นรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา(Therapeutic communication skill) เช่น การฟัง ความเงียบ การใช้คำถาม ปลายเปิด การสรุปความ การสัมผัส เป็นต้นแต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาแต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>24. สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร และหาแนวทางการแก้ปัญหาประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวเรื่องการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ระดับ 3 : สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร และหาแนวทางการแก้ปัญหาประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวเรื่องการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร และหาแนวทางการแก้ปัญหาประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวเรื่องการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ปรับรวมกับข้อที่ 26 เนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนกัน</p> <p>19. สามารถวิเคราะห์แนวทาง ในการจัดการประเด็นต่างๆ ภายหลังรับทราบข่าวร้าย แนะนำทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ อย่างสม่ำเสมอ ตรงประเด็น ยอมรับฟังการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย แนะนำทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างสม่ำเสมอ บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย แนะนำทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ อย่างสม่ำเสมอ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร และหาแนวทางการแก้ปัญหาประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวเรื่องการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>25. ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระดับ 3 : สามารถส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นและแนะนำทีมดูแลได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่องรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถมีส่วนร่วมส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ระดับ 1 : สามารถวิเคราะห์แนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 22 และ 24</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>26. สามารถอธิบายทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ระดับ 3 : สามารถอธิบายทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถอธิบายทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถอธิบายทางเลือก ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างสม่ำเสมอและตรงประเด็น ยอมรับการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 22</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>27. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกและตัดสินใจร่วมกัน เข้าใจยอมรับในการตัดสินใจและปฏิบัติตามความต้องการอย่างเต็มความสามารถ</p> <p>ระดับ 3: สามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกและตัดสินใจร่วมกัน เข้าใจยอมรับในการตัดสินใจและปฏิบัติตามความต้องการอย่างเต็มความสามารถรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกและตัดสินใจร่วมกัน เข้าใจยอมรับในการตัดสินใจและปฏิบัติตามความต้องการอย่างเต็มความสามารถรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกและตัดสินใจร่วมกัน เข้าใจยอมรับในการตัดสินใจและปฏิบัติตามความต้องการอย่างเต็มความสามารถแต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกัน ในข้อ 22</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>28. สามารถนำทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมอธิบายแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์</p> <p>ระดับ 3 : สามารถนำทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมอธิบายแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถนำทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมอธิบายแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถนำทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมอธิบายแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ แต่ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ข้อคำถามคงเดิม แก้เป็นข้อ20</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>
<p>29. สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสีหน้าท่าทาง พยักหน้าเพื่อแสดงถึงการมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 29และ30 ปรับแก้ดังนี้</p> <p>21. สามารถเป็นผู้ประสานงาน และผู้ดำเนินการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยร่วมกับทีมดูแล สอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสีหน้าท่าทาง พยักหน้าเพื่อแสดงถึงการมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่น</p> <p>ระดับ 2 : สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสีหน้าท่าทาง พยักหน้าเพื่อแสดงถึงการมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถรับฟังปัญหา การระบายความวิตกกังวลด้วยความตั้งใจ โดยสังเกตสีหน้าท่าทาง พยักหน้าเพื่อแสดงถึงการมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>30. สามารถเป็นผู้นำและประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล สอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p>	<p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถเป็นผู้ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล สอบทวนข้อมูล ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า บริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเป็นผู้ประสานงานการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยร่วมกับทีมที่ดูแล มีการสอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถเป็นผู้ช่วยประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยร่วมกับทีมที่ดูแล มีการสอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกัน ในข้อ 29</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถเป็นผู้นำและประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล สอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถเป็นผู้นำและประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล สอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถเป็นผู้นำและประสานงาน ในการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล สอบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 29</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>6.ด้านจริยธรรมและกฎหมาย</p> <p>31. มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 31และ32แก้ไขดังนี้</p> <p>22. สามารถอธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย กระบวนการยืดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถอธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถอธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการพยาบาล จรรยาบรรณวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ยังคงการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>32. มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย โดยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยไม่กดดันให้ครอบครัวรู้สึกผิด</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย โดยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยไม่กดดันให้ครอบครัวรู้สึกผิดรวม ถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p>	<p>ระดับ 1 : สามารถอธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 31และ32</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 2 : มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยืดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย โดยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ ประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยไม่กดดันให้ครอบครัวรู้สึกผิด รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยืดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย โดยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ ประโยชน์ของการทำหนังสือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยไม่กดดันให้ครอบครัวรู้สึกผิด แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p> <p>33. สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกัน ในข้อ 31และ32</p> <p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกัน ในข้อ 33และ35ปรับแก้ดังนี้</p> <p>23. สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3 : สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแต่ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแต่ยังต้องการ นิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>34.สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรกและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรกและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรกและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>คงเดิมปรับเป็นข้อ 24</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแต่ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>35. สามารถให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นและในทีมดูแลได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถช่วยให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ตัดออกเนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนในด้านเดียวกันในข้อ 31และ32</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>7. ด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม</p> <p>36. มีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างทางค่านิยม ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่อง ความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างทางค่านิยม ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นและให้ข้อมูลกับทีมได้</p> <p>ระดับ 2 : มีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างทางค่านิยม ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงสอนแนะนำได้</p> <p>ระดับ 1 : มีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างทางค่านิยม ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>คงเดิมปรับเป็นข้อ25</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>37. สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตาย โดยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตาย โดยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตาย โดยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และบูรณาการความรู้พิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตาย โดยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แต่ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ปรับแก้ไขเป็นข้อ 26 ดังนี้</p> <p>26. สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และอำนวยความสะดวกในการทำพิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนา ประเพณีเกี่ยวกับความตาย ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>38. สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม่กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น</p> <p>ระดับ 3 : สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม่กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น รวมถึงบริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม่กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม่กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น แต่ยังคงต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ปรับแก้ไขเป็นข้อ 27แก้ไขดังนี้</p> <p>27. สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ บริหารจัดการปัญหาความเสี่ยงได้ด้วยตนเองและนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อทางศาสนาได้ อนุญาตให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ แต่ยังคงต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>8 .ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>39. มีความรู้ความเข้าใจ ขั้นตอนการประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับทีมสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : มีความรู้ความเข้าใจ ขั้นตอน การประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : มีความรู้ความเข้าใจ ขั้นตอน การประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : มีความรู้ความเข้าใจ ขั้นตอน การประสานงาน ส่งต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ปรับแก้เป็นข้อ 28 ดังนี้</p> <p>28. สามารถอธิบายขั้นตอนและประสานงานส่งต่อแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถอธิบายขั้นตอนและประสานงานส่งต่อ แผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้ บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถอธิบายขั้นตอนและประสานงานส่งต่อแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทออย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถอธิบายขั้นตอนและช่วยประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแต่ยังต้องการคำชี้แนะและติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>40. สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนร่วมกับทีมดูแลได้ สร้างความเชื่อใจไว้วางใจให้กับทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนร่วมกับทีมดูแลได้ สร้างความเชื่อใจไว้วางใจให้กับทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงร่วมกับทีมได้ รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนร่วมกับทีมดูแลได้ สร้างความเชื่อใจไว้วางใจให้กับทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงบริหารจัดการปัญหาร่วมกับทีมได้</p> <p>ระดับ 1 : สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนร่วมกับทีมดูแลได้ สร้างความเชื่อใจไว้วางใจให้กับทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แต่ยังคงต้องการคำชี้แนะและการติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>คงเดิมปรับแก้เป็นข้อ 29</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>41. สามารถบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบริหารจัดการ ประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถบริหารจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูล ให้กับทีมสุขภาพอย่างชัดเจนให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมแต่ยังต้องการคำชี้แนะและการติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>คงเดิมปรับแก้เป็นข้อ 30</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>
<p>42. สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p>	<p>ปรับรวมกับข้อ43เนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนกัน ดังนี้</p> <p>31. สามารถให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ บันทึกและส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 3: สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงร่วมกับทีมได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสมรวมถึงร่วมบริหารจัดการปัญหากับทีมได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1: สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสม แต่ยังต้องการคำชี้แนะและการติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1: สามารถช่วยให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน แต่ยังต้องการคำชี้แนะและการติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>43. สามารถให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงได้ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมถึงบริหารจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1: สามารถช่วยให้คำปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน แต่ยังต้องการคำชี้แนะและการติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ปรับรวมกับข้อ43เนื่องจากความหมายซ้ำซ้อนกัน</p>

ตาราง สรุปคำอธิบายระดับสมรรถนะด้านการสอนและการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการสรุป
ของผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>9. ด้านการสอนและการให้ความรู้</p> <p>47. ศึกษาหาความรู้และนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระดับ 3 : ศึกษาหาความรู้และนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องรวมถึงบริหารจัดการ เพิ่มความรู้ข้อมูลใหม่ๆให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : ศึกษาหาความรู้และการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : ศึกษาหาความรู้และนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยงช่วยส่งเสริมในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>คงเดิมปรับแก้เป็นข้อ 32</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>48.สามารถบริหารจัดการเวลาและเข้ารับการอบรมวิชาการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระดับ 3 : สามารถบริหารจัดการเวลาและเข้ารับการอบรมวิชาการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเองรวมถึงจัดการอบรมให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถบริหารจัดการเวลาและเข้ารับการอบรมวิชาการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถบริหารจัดการเวลาและเข้ารับการอบรมวิชาการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องโดยได้รับการติดตามจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>คงเดิมปรับแก้เป็นข้อ 33</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>49. สามารถสอนแนะนำเรื่องการจัดสิ่งแวดลอมในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ระดับ 3 : สามารถสอนและนำเรื่องการจัดสิ่งแวดลอมในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศงานการสอนให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถสอนและนำเรื่องการจัดสิ่งแวดลอมในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1 : สามารถมีส่วนร่วมในการสอนและนำเรื่องการจัดสิ่งแวดลอมในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ยังต้องติดตามและต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>แก้ไขเพิ่มเติมปรับแก้เป็นข้อ34 ดังนี้</p> <p>34. สามารถสอนแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านการจัดการศพ และการดำเนินการภายหลังการเสียชีวิต ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถสอนแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านการจัดการศพ และการดำเนินการภายหลังการเสียชีวิต ได้อย่างเหมาะสม ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศงานการสอนให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถสอนแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านการจัดการศพ และการดำเนินการภายหลังการเสียชีวิต ได้ด้วยตนเอง</p> <p>ระดับ 1: สามารถมีส่วนร่วมในการสอนแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านการจัดการศพ และการดำเนินการภายหลังการเสียชีวิต แต่ยังต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>50. สามารถจัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่</p> <p>ระดับ 3 : สามารถจัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ด้วยตนเองรวมถึงนิเทศการสอนให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถจัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ปรับแก้เป็นข้อ 35 ดังนี้</p> <p>35. สามารถจัดการ สอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่</p> <p>ความหมายของระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรม</p> <p>ระดับ 3 : สามารถจัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ด้วยตนเอง รวมถึงนิเทศการสอนให้แก่พยาบาลระดับอื่นได้</p> <p>ระดับ 2 : สามารถร่วมจัดการสอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ได้ด้วยตนเอง</p>

ตาราง (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	คำอธิบายสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
<p>ระดับ 1 : สามารถมีส่วนร่วมในการจัดการสอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้ นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ แต่ยังคงติดตามและต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>	<p>ระดับ 1: สามารถช่วยจัดการสอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ แต่ยังคงติดตามและต้องการคำชี้แนะจากพยาบาลพี่เลี้ยง</p>





แบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยให้ท่านประเมินความสำคัญคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพว่าองค์ประกอบข้อรายการใดมีความสำคัญมากที่สุดในการแสดงพฤติกรรมในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อผู้วิจัยจะได้นำผลการวิเคราะห์ไปสร้างแบบประเมินแบบบูรณาการในขั้นตอนต่อไป

สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ ทักษะ ทักษะคิด ความชำนาญ และคุณลักษณะอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่สัมฤทธิ์ผลทางการรักษาพยาบาล

แบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

1. แบบสอบถามฉบับนี้ผู้ตอบ คือ พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบประเมินและกรุณาตอบทุกข้อคำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสริน ยิ้มอยู่)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (6เดือนขึ้นไปปรับเป็น 1 ปี)
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () ปริญญาตรี
 - () ปริญญาโท
 - () ปริญญาเอก
 - () อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี
(พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5ปีขึ้นไป)
5. การฝึกอบรมด้านการพยาบาลเฉพาะทางตามหลักสูตรของสภาการพยาบาล (หลักสูตร 4 เดือน)
 - () ยังไม่ได้รับการฝึกอบรม () ได้รับการฝึกอบรมสาขาโปรดระบุ
 - () สาขาการดูแลแบบประคับประคอง () สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
 - () สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต () สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
 - () สาขาการบริหารทางการพยาบาล () สาขาอื่นๆ (โปรดระบุ.....)
6. การเข้ารับการอบรม/ประชุมด้านการดูแลแบบประคับประคองที่จัดโดยหน่วยงานภายในและภายนอก
 - () ไม่เคยเข้ารับการอบรม () เดือนละ 1 ครั้ง () 3 เดือน/ครั้ง
 - () 6 เดือน/ครั้ง () ปีละครั้ง
7. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเดือนที่ผ่านมาที่รายโปรดระบุ.....ราย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำชี้แจง: ข้อความในรายการเป็นแบบสอบถามระดับความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และคุณลักษณะที่จำเป็นของสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โปรดเขียน เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับสมรรถนะที่สำคัญมากน้อยที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งในแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

1. แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับของข้อรายการ สมรรถนะ 5 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ	ความหมายของระดับ
5	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญมากที่สุด
4	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญมาก
3	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญปานกลาง
2	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญน้อย
1	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นรายการสมรรถนะที่สำคัญน้อยที่สุด

2. สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีทั้งหมด 9 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะรวม 50 ข้อ คือ

- 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มี 5 ข้อ
- 2) การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน มี 6 ข้อ
- 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย มี 8 ข้อ
- 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต มี 4 ข้อ
- 5) การสื่อสารและการให้การปรึกษา มี 10 ข้อ
- 6) จริยธรรมและกฎหมาย มี 5 ข้อ
- 7) ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มี 3 ข้อ
- 8) การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มี 5 ข้อ
- 9) การสอนและให้ความรู้ มี 4 ข้อ

3. ให้ท่านพิจารณาว่าข้อรายการสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับสมรรถนะที่สำคัญมากที่สุดที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ตัวอย่าง

ข้อ ที่	รายการสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
สมรรถนะที่ 3 ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย						
0	มีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและ กระบวนการตาย สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการอาการและ ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้น	✓				

จากตัวอย่างการที่ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง 5 คะแนนแสดงว่าท่านมีความคิดเห็นที่สามารถ “ มีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและ กระบวนการตาย สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการอาการและ ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้น” เป็นตัวประกอบสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญที่สุด

รายการสมรรถนะตามรายด้าน	ระดับความสำคัญ				
รายการสมรรถนะรายด้าน/ข้อรายการ	1	2	3	4	5
1.สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว					
1.1.สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย ระบบบริการ แนวคิดหลักการ ความหมาย การใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้					
1.2 สามารถประเมินปัญหาวิเคราะห์ความต้องการ วางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและการดำเนินโรคของผู้ป่วย ร่วมกันทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์ จิตวิญญาณ					
1.3.....					
1.4.....					
2.สมรรถนะด้านการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมาน					
2.1 สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ ยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยในเรื่องความปวด วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ					
2.2 สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย แยกประเภทของอาการปวดให้การบำบัดความเจ็บปวด ค้นหาปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดดีขึ้นหรือเลวลงได้ ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด/ความทุกข์ทรมาน ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม					
2.3					
2.4					

รายการสมรรถนะตามรายด้าน	ระดับความสำคัญ				
รายการสมรรถนะรายด้าน/ข้อรายการ	1	2	3	4	5
3. สมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย					
3.1 มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคล และกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วย ใกล้ตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย					
3.2 มีทักษะการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้การรับฟังแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและ คำปรึกษาจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยในระยะ สุดท้ายเพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความสูญเสีย					
3.3					
3.4					
3.5					
3.6					
4. สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต					
4.1 สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย (Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง ใกล้ชิดโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ					
4.2 มีทักษะในการรับฟัง เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตให้สามารถควบคุมอารมณ์ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม					
4.4					
5. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา					
5.1 สามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลป์ในการใช้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัวในระยะสุดท้ายอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การบอกข่าวร้าย (Communication bad news) การบอกความจริง มีทักษะการฟังที่ดีจับ ประเด็นสำคัญในการสนทนาได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันมีสัมพันธภาพ ที่ดี โดยคำนึงถึงเวลาสถานที่ สภาพความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละ รายทุกครั้ง					
5.2 มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อ					

รายการสมรรถนะตามรายด้าน	ระดับความสำคัญ				
รายการสมรรถนะรายด้าน/ข้อรายการ	1	2	3	4	5
ความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างมีความเหมาะสม					
5.3					
5.4					
6.สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย					
6.1 มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วยเคารพในความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วย					
6.2 มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดความตาย การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย การแสดงเจตนารับการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน/เพิ่มความทุกข์สบายและปฏิเสธการรักษาหรือหัตถการที่ทำให้ยึดความตาย โดยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นประโยชน์ของการทำหนังสือ ไม่กดดันให้ครอบครัวรู้สึกผิด มีการบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษรให้ชัดเจน เพื่อเป็นหลักฐานที่ถูกต้องตามกฎหมาย					
6.3					
6.4					
6.5					
7. สมรรถนะด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม					
7.1 สามารถประเมิน ประเด็นเกี่ยวกับค่านิยม ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วย ให้ความสำคัญใส่ใจในเรื่องความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว					
7.2 สามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน และประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องตามความเชื่อ					

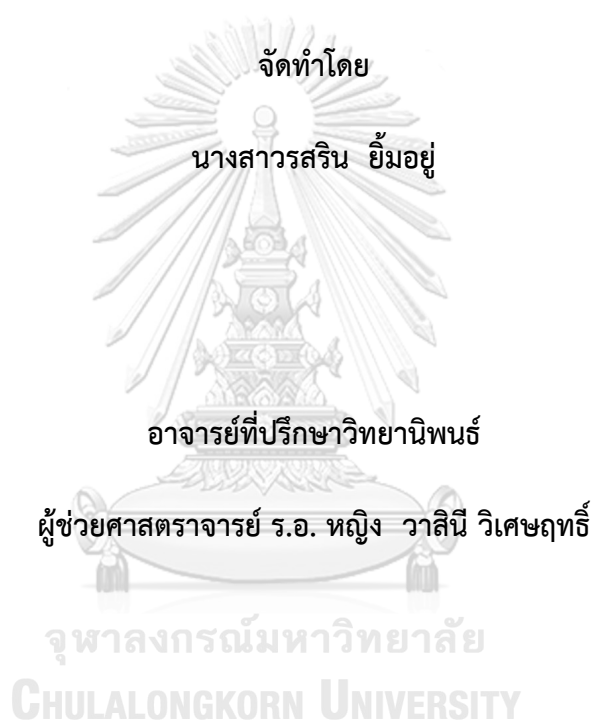
รายการสมรรถนะตามรายด้าน	ระดับความสำคัญ				
	1	2	3	4	5
รายการสมรรถนะรายด้าน/ข้อรายการ					
ทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน					
7.3.....					
8.สมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ					
8.1 สามารถอธิบายขั้นตอน ประสานงาน ส่งต่อ วางแผน ให้ความช่วยเหลือกับ ทีมผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วย รวมทั้งสหสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย					
8.2 สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนรวมทั้งสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจให้ เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว					
8.3					
8.4					
8.5					
9. สมรรถนะด้านการสอนและการให้ความรู้					
9.1 สามารถหาความรู้ด้วยตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ จัดระบบข้อมูล มีทักษะในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อรักษามาตรฐาน ในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง					
9.2 จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตามบทบาทหน้าที่					
9.3					

ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ
และคู่มือการใช้แบบประเมิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลตติยภูมิ



เอกสารประกอบวิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยให้ท่านประเมินระดับความสามารถตามการแสดงผลกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวว่ามีมากน้อยเพียงใด

สมรรถนะด้านการดูแลประคับประคองของพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิแสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ ความชำนาญ และคุณลักษณะอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาการพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่สัมฤทธิ์ผลทางการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ

เกณฑ์การแบ่งระดับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลตติยภูมิ มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50 – 3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยม

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 4 เดือน) ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 สามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 สามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังไม่ดี

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 3 – 5 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 2 เดือน)

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1 – 9 ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 10 วัน)

แบบประเมินฉบับนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ

1.ผู้ตอบแทนประเมินฉบับนี้ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปี ขึ้นไป

2.กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบประเมินและกรุณาตอบทุกข้อคำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ที่ได้จริง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

แสดงความนับถือ

(นางสาวสริน ยิ้มอยู่)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าคำตอบตามความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (6 เดือนขึ้นไปปรับเป็น 1 ปี)
2. เพศ () หญิง () ชาย
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - () ปริญญาโท (โปรดระบุสาขา).....
4. ประสบการณ์การในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง..... ปี (6 เดือนขึ้นไปปรับเป็น 1 ปี)
5. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน
 - () พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
 - () พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน
 - () ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล ตติยภูมิ

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินสมรรถนะว่ามีระดับความสามารถตามการแสดงผลพฤติกรรม
ในแต่ละข้ออย่างน้อยเพียงใด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าตัวเลขระดับที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

สมรรถนะที่1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการ ความปวด สมรรถนะย่อย 13 ข้อ	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1.ประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือประเมิน ได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม			
2. สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานได้ อย่างเหมาะสม แยกประเภทของอาการปวด ให้การบำบัดความ เจ็บปวด ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม			
3.....			
4.			
13.			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ
ประคับประคองและการจัดการความปวดในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ
ประคับประคองและการจัดการความปวดในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบ
ประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

สมรรถนะที่ 2 ด้านการจัดการความรู้ จริยธรรม และกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ สมรรถนะย่อย 13 ข้อ	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. เข้ารับการอบรมวิชาการ และมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง			
2. จัดการสอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความรู้ นักศึกษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม โดยให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่			
3. สามารถให้ความรู้ แนะนำ จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ตามความต้องการของผู้ป่วย			
4.....			
13.....			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรม และกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ ในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรม และกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้ แต่ยังไม่นิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรม และกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ ในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

สมรรถนะที่ 3 ด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า สมรรถนะย่อย 13 ข้อ	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป ได้อย่างเหมาะสม			
2. สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
3.			
4.			
13.....			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า ในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้า ในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

สมรรถนะที่ 4 ด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต สมรรถนะย่อย 11 ข้อ	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1. สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด ตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิตได้ตามความต้องการ			
2. สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติศาสนกิจตาม ความเชื่อ ทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทาน การสะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด ให้นำสิ่งของที่มีความหมาย ทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น			
3.			
4.			
11.....			
รวม			

เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50–3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต ในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยมสามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต ในระดับเฉพาะทาง/ระดับดีสามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงานไม่ได้

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต ในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

(ร่าง)

คู่มือการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลตติยภูมิ



เอกสารประกอบวิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

คำนำ

คู่มือการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ฉบับนี้เป็นเอกสารประกอบวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ระดับปริญญาโท สาขาการ บริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562 จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ คำจำกัดความ ผู้ทำหน้าที่ประเมิน ข้อตกลงเบื้องต้น ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ โครงสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เกณฑ์การให้คะแนน การวิเคราะห์คะแนน การแปลผลคะแนนและบรรณานุกรม

ผู้จัดทำหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิที่พัฒนาขึ้น หากมีสิ่งใดบกพร่องหรือมีข้อเสนอแนะ ผู้จัดทำยินดีน้อมรับคำแนะนำด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รสริน ยิ้มอยู่

ตุลาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์.....	1
คำจำกัดความ.....	1
นิยามผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
โครงสร้างแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.....	5
เกณฑ์การให้คะแนน.....	9
การวิเคราะห์คะแนน.....	10
การแปลผลคะแนน.....	10
บรรณานุกรม.....	11

คู่มือการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อให้ผู้ประเมินมีเกณฑ์การพิจารณาตรงกันในการประเมิน
3. เพื่อให้สามารถนำแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

แบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึง เครื่องมือที่ออกแบบเพื่อตรวจสอบคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมและการกระทำของพยาบาล ที่แสดงออกถึงพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพด้านการมีความรู้ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ตลอดจนคุณลักษณะของบุคคล ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีแนวโน้มว่าอาการจะทรุดลงไม่สามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้และเสียชีวิตลงในที่สุด ให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถวัดได้และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ครอบคลุมขอบเขตงานที่กำหนดของพยาบาล ที่สัมพันธ์ผลทางการรักษาพยาบาล ผ่านกระบวนการทางสถิติ โดยจากสอบถามพยาบาลวิชาชีพประจำการในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลตติยภูมิและมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง 5 ปีขึ้นไปจำนวน 387 คน แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ โดยวิธีผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป

นิยามผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

1.พยาบาลประเมินตนเอง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิระดับปฏิบัติการและมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไปทำการประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของตนเองว่ามีระดับความสามารถตามการแสดงผลการประเมินว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของสภาการพยาบาล ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลตติยภูมิมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ทำการประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการว่ามีระดับความสามารถตามการแสดงผลการประเมินว่ามีอย่างน้อยเพียงใด

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. แบบประเมินสมรรถนะฉบับนี้เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ไม่คำนึงถึงปริมาณงานและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

โครงสร้างแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิจำลองฉบับนี้ ใช้พฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินแต่ละสมรรถนะของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในแต่ละระดับ มีรายละเอียดของคำอธิบายพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในแต่ละด้าน แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสมรรถนะในแต่ละระดับและกำหนดคะแนนการประเมินตามรูปแบบรูบริคเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ไว้ 3 ระดับ จำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน ได้แก่

1. แบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและการจัดการความปวด ประเมินพฤติกรรมการแสดงออก ด้านการมีทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม โดยใช้หลักในการดูแลและเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการพยาบาล นำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมินผล ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และนำมาประยุกต์ใช้ให้บรรลุเป้าหมาย ของการดูแลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม เช่น

(0) สามารถรับรู้ เข้าใจนโยบาย แนวคิดหลัก การใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถ่องแท้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

(00) สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการดูแล ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ค้นหาสาเหตุ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้ วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ

2.แบบประเมินสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ จริยธรรมและกฎหมาย จิตวิญญาณ ศาสนา และการประสานงานส่งต่อ

ประเมินพฤติกรรมแสดงออกถึงการมีความรู้ มีทักษะ การจัดการความรู้ การเข้ารับการอบรมวิชาการ จัดการสอนส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแล การประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแลในทีมสุขภาพ และบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประเมินความเชื่อทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ อนุญาตให้ปฏิบัติตามความศรัทธาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น

(0) สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 12 ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย

(00)สามารถบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการดูแล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมดูแล โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรกและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอ สามารถให้คำปรึกษา รวมทั้งมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการประสานงานส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่มีข้อจำกัดในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

3.แบบประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสารและการดูแลภาวะโศกเศร้าประเมินพฤติกรรมแสดงออก การมีความรู้ ทักษะการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย อธิบายแนวทางในการรักษา ได้อย่างเหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การงดทำการกู้ชีพ สิทธิการตาย ประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับความสูญเสียความเศร้าโศก สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเศร้าโศก(Grief)การสูญเสีย(Loss)กับภาวะซึมเศร้าได้ เช่น

(0) สามารถดูแลพูดคุยหาแนวทางในการจัดการประเด็นต่างๆภายหลังรับทราบข่าวร้าย สร้างบรรยากาศในการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี ประเมินและการจัดการประเด็นข้อขัดแย้งในครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่เป็นวัจนและอวัจนภาษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(00) มีความรู้ความเข้าใจความหมายของการตายดี ในบริบทของแต่ละบุคคลและกระบวนการตายได้อย่างถ่องแท้ ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เตรียมการบริหารจัดการวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายการดูแลร่างกายและการจัดการศพเมื่อถึงแก่กรรม และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยให้มีสภาพจิตใจที่ดี เพื่อรองรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

4.แบบประเมินสมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตายและการดูแลหลังเสียชีวิต ประเมินพฤติกรรมการแสดงออกถึง การมีความรู้ ความเข้าใจ การดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในระยะใกล้ตาย สนับสนุน เปิดโอกาสให้ครอบครัว อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลา จัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ สามารถรับฟังปัญหา ความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจ ปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 4 สามารถบันทึกข้อมูล แผนการดูแลผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพร่างกาย และกลุ่มอาการ รบกวนต่างๆร่วมกับการประเมินทางด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในระยะใกล้ตาย เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น

(0) สามารถจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ ทางศาสนาได้ เช่น การทำสังฆทาน การสะเดาะเคราะห์ การโปรดศีลเจิม การทำละหมาด ให้นำสิ่งของที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัวได้ เช่น พระพุทธรูป ไม่กางเขน ตุ๊กตา เป็นต้น สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับความสุขสบายตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม รวมทั้งช่วยดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม

(00) มีทักษะในการรับฟัง เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวระบายความโศกเศร้า ความกังวลใจด้วยความยินดี ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมมีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะประเด็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

เกณฑ์การให้คะแนน

พิจารณาตามพฤติกรรมในแต่ละระดับของข้อรายการ โดยเลือกระดับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ถูกประเมินมากที่สุด ยกตัวอย่างเช่น

สมรรถนะที่1 ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการ ความปวด 13 ข้อ	ระดับเกณฑ์การประเมิน		
	3	2	1
1.ประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยได้			<input type="checkbox"/>
2. สามารถบูรณาการจัดการอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม แยกประเภทของอาการปวด ให้การบำบัดความเจ็บปวด ทั้งแบบใช้ยาและแบบทางเลือกได้อย่างเหมาะสม			
3.....			
13.....			
รวม			

หมายถึง ผู้ประเมินเลือกระดับความสามารถในการแสดงพฤติกรรมระดับ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ประเมินมีพฤติกรรมแสดงออกในการประเมินความสามารถในการประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมาน โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม วางแผนและจัดการอาการรบกวนให้แก่ผู้ป่วยได้ แต่ยังคงต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์คะแนน CHULALONGKORN UNIVERSITY

1.วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน โดยรวมคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ทุกข้อในด้านนั้นๆ หากด้วยจำนวนข้อรายการ จะได้คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน

2.วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินทั้งฉบับ โดยรวมคะแนนเฉลี่ยของทุกข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อรายการทั้งหมด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

สามารถแปลผลได้ด้วยการนำคะแนนของผู้ประเมินทั้ง 2 กลุ่มมาหาค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละด้านของสมรรถนะ ว่าอยู่ในระดับใด โดยใช้เกณฑ์ในการให้ความหมายคะแนนการแบ่งระดับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลตติยภูมิ มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 3 คะแนน 2.50-3.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับชำนาญการ/ดีเยี่ยม

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น 4 เดือน) ประกอบด้วย 7 สมรรถนะหลักที่ 1-9 สามารถสอนนิเทศงานได้

ระดับที่ 2 คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับเฉพาะทาง/ระดับดี ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1-9 สามารถแก้ปัญหาได้แต่ยังนิเทศงานไม่ได้

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย3-5ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น2เดือน)

ระดับที่ 1 คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในระดับปฏิบัติการ/พอใช้ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะหลักที่ 1-9 ยังต้องการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยง

(คุณสมบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย1-2ปีและ ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองระยะสั้น10วัน)

บรรณานุกรม

- กึ่งกาญจน์ สิริสุนทร. 2550. **รูปรีด รูปรีดการให้คะแนน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา
- ชนิษฐา แสงไตรรัตน์กุล. 2548. **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2555. **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานจันทร์ ชูทิพย์. 2557. **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุภา เทอดอุดมธรรม. (2555). **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านแพ้ว**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง)**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวรรณ แก้วทองและคณะ. (2560). **สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ**.วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 74-84.
- วีไลรัตน์ ใจพินิจ. (2557). **การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารินา หนูพินิจ (2559). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู**. วิทยานิพนธ์ (พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่), คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ส.วาสนา ประवालพฤกษ์. 2553ข. **การออกแบบและการพัฒนาเครื่องมือประเมินการวัดการปฏิบัติ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.watpon.com/journal/performa2.pdf> [6 พฤศจิกายน 2559].
- สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. **สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด**. [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา :<http://www.tpna.or.th> [20 มีนาคม 2559]

สุดา ทองทรัพย์. 2549. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Claudia Gamondi, Philip Larkin and Sheila Payne. (2013). **Core competencies in Palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1.** EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 20(2), 86-92.

Claudia Gamondi, Philip Larkin and Sheila Payne. (2013). **Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2.** EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 20(2), 141-142.

Dahlin, C. M. (2010). **Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses.** In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). Oxford Textbook of Palliative Nursing: New York Oxford University Press.

Gray R. Jenifer, Susan K. Grove & Suzanne Sutherland. (2017). **Burns and Grove's: The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence,**(8th ed.): Elsevier.

Grove' S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence, seventh edition.** 7th ed. Missouri: Elsevier Saunders



ภาคผนวก ข

ตารางสถิติแสดงการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.989	50

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	387	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	387	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3.989	3.718	4.318	.599	1.161	.014	50
Item Variances	.543	.474	.650	.177	1.373	.002	50

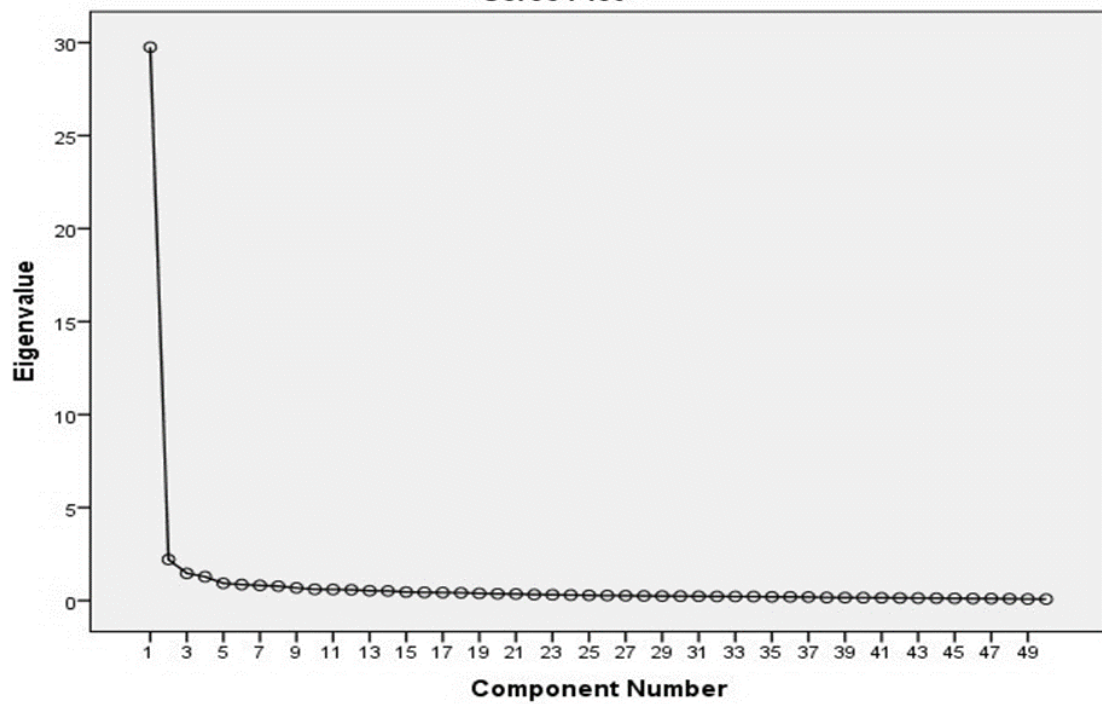
Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.977
Approx. Chi-Square	20439.994
Bartlett's Test of Sphericity df	1225
Sig.	.000



Scree Plot



Factor Analysis

Notes

Output Created		12-JAN-2020 10:48:36
Comments		
	Data	C:\Users\Admin\Desktop\data387.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
Input	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	387
	File	
	Definition of Missing	MISSING=EXCLUDE: User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Cases Used	LISTWISE: Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
		<p>FACTOR</p> <p>/VARIABLES a1 a2 a3 a4 a5 b1 b2 b3 b4 b5 b6 c1 c2 c3 c4 c5 c6 c7 c8 d1 d2 d3 d4 e1 e2 e3 e4 e5 e6 e7 e8 e9 e10 f1 f2 f3 f4 f5 g1 g2 g3 h1 h2 h3 h4 h5 i1 i2 i3 i4</p> <p>/MISSING LISTWISE</p> <p>/ANALYSIS a1 a2 a3 a4 a5 b1 b2 b3 b4 b5 b6 c1 c2 c3 c4 c5 c6 c7 c8 d1 d2 d3 d4 e1 e2 e3 e4 e5 e6 e7 e8 e9 e10 f1 f2 f3 f4 f5 g1 g2 g3 h1 h2 h3 h4 h5 i1 i2 i3 i4</p> <p>/PRINT UNIVARIATE INITIAL KMO EXTRACTION</p> <p>ROTATION</p> <p>/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)</p> <p>/EXTRACTION PC</p> <p>/CRITERIA ITERATE(25)</p> <p>/ROTATION VARIMAX</p> <p>/METHOD=CORRELATION.</p>
Syntax		

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
a1	3.90	.803	387
a2	3.95	.806	387
a3	3.86	.748	387
a4	4.25	.714	387
a5	4.16	.733	387
b1	4.11	.728	387
b2	3.99	.714	387
b3	3.95	.718	387
b4	4.06	.695	387
b5	4.02	.688	387
b6	3.96	.747	387
c1	4.05	.755	387
c2	4.08	.726	387
c3	4.05	.741	387
c4	4.05	.736	387
c5	4.16	.717	387
c6	3.94	.768	387
c7	4.32	.712	387
c8	4.16	.727	387
d1	3.98	.753	387
d2	4.14	.706	387
d3	3.99	.720	387
d4	3.93	.753	387
e1	3.92	.793	387
e2	3.97	.783	387
e3	3.91	.772	387
e4	3.98	.768	387
e5	4.05	.716	387
e6	4.06	.704	387
e7	3.89	.714	387

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
e8	3.98	.712	387
e9	4.12	.713	387
e10	3.92	.750	387
f1	4.11	.728	387
f2	3.95	.771	387
g3	3.93	.751	387
h1	4.00	.745	387
h2	4.06	.719	387
h3	4.02	.705	387
h4	4.04	.699	387
h5	3.94	.742	387
i1	3.87	.718	387
i2	3.76	.733	387
i3	3.72	.724	387
i4	3.89	.727	387



KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.977
Approx. Chi-Square		20439.994
Bartlett's Test of Sphericity	df	1225
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
a1	1.000	.612
a2	1.000	.634
a3	1.000	.484
a4	1.000	.665
a5	1.000	.690
	Initial	Extraction
b1	1.000	.711
b2	1.000	.701
b3	1.000	.677
b4	1.000	.680
b5	1.000	.686
b6	1.000	.651
c1	1.000	.686
c2	1.000	.690
c3	1.000	.715
c4	1.000	.649
c5	1.000	.719
c6	1.000	.610
c7	1.000	.678
c8	1.000	.583
d1	1.000	.614
d2	1.000	.681
d3	1.000	.677
d4	1.000	.691
e1	1.000	.771
e2	1.000	.829
e3	1.000	.779
e4	1.000	.772
e5	1.000	.730
e6	1.000	.746
e7	1.000	.721
e8	1.000	.719
e9	1.000	.708
e10	1.000	.660
f1	1.000	.639
f2	1.000	.658

Extraction Method: Principal Component Analysis.



Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings	
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance
1	29.754	59.508	59.508	29.754	59.508
2	2.208	4.415	63.923	2.208	4.415
3	1.464	2.928	66.851	1.464	2.928
4	1.282	2.565	69.416	1.282	2.565
5	.925	1.850	71.266		
6	.863	1.725	72.991		
7	.813	1.626	74.617		
8	.775	1.551	76.168		
9	.679	1.357	77.525		
10	.604	1.208	78.732		
11	.596	1.192	79.924		
12	.580	1.160	81.084		
13	.527	1.054	82.138		
14	.518	1.035	83.173		
15	.457	.913	84.086		
16	.442	.885	84.971		
17	.429	.858	85.829		
18	.419	.837	86.666		
19	.383	.766	87.432		
20	.364	.728	88.160		
21	.353	.705	88.866		
22	.321	.641	89.507		
23	.312	.624	90.130		
24	.296	.593	90.723		
25	.284	.569	91.292		

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings	
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance
26	.268	.537	91.828		
27	.260	.519	92.348		
28	.250	.501	92.848		
29	.244	.487	93.336		
30	.237	.474	93.810		
31	.229	.457	94.267		
32	.221	.442	94.709		
33	.217	.434	95.143		
34	.215	.430	95.573		
43	.134	.268	98.557		
44	.131	.261	98.818		
45	.120	.240	99.058		
46	.110	.221	99.278		
47	.105	.209	99.488		
48	.099	.197	99.685		
49	.082	.165	99.850		
50	.075	.150	100.000		

Extraction Method: Principal Component Analysis.^a

a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
a1	.669	.232	.245	.225
a2	.657	.223	.293	.258
a3	.569	.237	.254	.197
a4	.656	.158	.072	.451
a5	.658	.220	.066	.453
b1	.747	.212	.207	.255
b2	.714	.280	.245	.231
b3	.670	.377	.242	.167
b4	.677	.293	.302	.212
b5	.676	.266	.337	.210
b6	.543	.360	.466	.097
c1	.542	.219	.423	.407
c2	.518	.238	.356	.488
c3	.495	.284	.366	.505
c4	.424	.238	.296	.571
c5	.450	.214	.342	.595
c6	.432	.261	.345	.485
c7	.339	.199	.199	.696
c8	.228	.163	.228	.673
d1	.341	.296	.460	.446
d2	.366	.260	.459	.519
d3	.470	.323	.477	.351
d4	.349	.401	.568	.293
e1	.401	.325	.671	.234

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
e2	.390	.292	.730	.245
e3	.391	.359	.682	.178
e4	.341	.375	.681	.228
e5	.268	.403	.566	.419
e6	.249	.394	.599	.412
e7	.221	.398	.616	.367
e8	.205	.407	.604	.383
e9	.338	.347	.420	.545
e10	.192	.420	.554	.374
f1	.342	.283	.398	.532
h4	.308	.500	.265	.521
h5	.301	.584	.306	.412
i1	.371	.686	.278	.251
i2	.314	.755	.285	.121
i3	.258	.762	.237	.023
i4	.309	.688	.307	.267

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 9 iterations.



ตารางสังเคราะห์สมรรถนะรายด้าน การดูแลแบบประคับประคอง			
แนวคิด	สถานพยาบาล,	EAPC, 2013	TNSPCCF, 2017
รายการสมรรถนะและข้อรายการ			
1.ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว			
1.1.มีความรู้ ความเข้าใจ นโยบายระบบบริการ แนวคิด หลักการและบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์ และจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.การวางแผนการดูแลและประเมินผลลัพธ์การดูแลร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลและการเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัวให้ความรู้และนำครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้สอดคล้องกับความต้องการละบริบทสังคมวัฒนธรรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ด้านการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมาน			
2.1.มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด/อาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชนิดของอาการปวด การบำบัดความเจ็บปวด การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด/ความทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดดีขึ้นหรือเลวลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.สามารถประเมินความปวด/อาการทุกข์ทรมานอื่นๆค้นหาสาเหตุ ร่วมวางแผนการรักษาและติดตามผลการบรรเทาความปวดและอาการรบกวนได้อย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5สอนผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการประเมินความปวด ตำแหน่งที่ปวด ด้วยวิธีที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้และร่วมมือในการปฏิบัติและให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีระงับปวด โดยการใช้ยาและวิธีอื่นๆได้ แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตารางสังเคราะห์สมรรถนะรายด้าน การดูแลแบบประคับประคอง			
แนวคิด	สภาการพยาบาล,	EAPC, 2013	TNSPCCF, 2017
รายการสมรรถนะและข้อรายการ			
3.ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย			
3.1.มีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินPalliative Performance scale เพื่อติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.2.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.3.การดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อถึงแก่กรรม	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและและการสูญเสีย			
4.1.มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศก(Grief)และการสูญเสีย(Loss)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.2.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา			
5.1.มีความรู้ ความเข้าใจทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย การบอกข่าวร้าย(Communication bad news) การบอกความจริง ขั้นตอนในการบอกข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้รับรู้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันและเกิดสัมพันธภาพที่ดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.มีทักษะเรื่องการทำคำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการสื่อความหมายที่ตรงประเด็น การฟังอย่างมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การใส่ใจ การถาม การทวนซ้ำสะท้อนความหมาย การสังเกต การสรุป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์ตามความปรารถนาและความสามารถทางปัญญาแสดงถึงความเข้าใจในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 ประยุกต์ใช้ภาษาให้เหมาะสมกับความแตกต่างในแต่ละระยะเวลาของความเจ็บป่วยมีความไวต่อประเด็นทางวัฒนธรรมและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์		<input type="checkbox"/>	

ตารางสังเคราะห์สมรรถนะรายด้าน การดูแลแบบประคับประคอง			
แนวคิด	สถานพยาบาล,	EAPC, 2013	TNSPCCF, 2017
รายการสมรรถนะและข้อรายการ			
5.8 สนับสนุนการตัดสินใจโดยให้แบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยให้ครอบครัว รับทราบ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.ด้านจริยธรรมและกฎหมาย			
6.1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องจริยธรรมทางการพยาบาล จรรยาบรรณวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วยเคารพในความเป็นบุคคลและความต้องการของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอันดับแรก ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา			
7.1. มีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษาพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วยและสหสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3. รับทราบระบบการประสานงานกับทีมสุขภาพ ให้มีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและการปรึกษาร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ฝึกการรับรู้ตนเองในการการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องซึ่งโดยปกติแต่ละวิชาชีพจะกำหนดเองและเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง			
8.1. มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อรักษาและพัฒนาตนเองความสามารถทางวิชาชีพ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.....		<input type="checkbox"/>	
8.5. ตระหนักถึงความต้องการของเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในความทุกข์ทรมาน แต่ต้องระมัดระวังผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเองและผู้ดูแล		<input type="checkbox"/>	

ตารางสังเคราะห์สมรรถนะรายด้าน การดูแลแบบประคับประคอง			
แนวคิด	สภาการพยาบาล,	EAPC, 2013	TNSPCCF, 2017
รายการสมรรถนะและข้อรายการ			
9.ด้านการศึกษา การสอนและให้ความรู้			
9.1ส่งเสริมและให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษาพยาบาลทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชนและสังคม ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9.2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10.ด้านการวิจัยและประเมินผล			
10.1ทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาและการจัดส่งต่อการดูแลแบบประคับประคองกับทีมสุขภาพในชุมชนในรายที่ข้อจำกัดในการดูแลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง			<input type="checkbox"/>
10.2 เป็นผู้ช่วยในการทำวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลผู้ป่วยในรายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง			<input type="checkbox"/>

สรุปจากการสังเคราะห์สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

1. ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มี 6 ข้อรายการ
2. ด้านการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมาน มี 5 ข้อรายการ
3. ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย มี 3 ข้อรายการ
4. ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและและการสูญเสีย มี 2 ข้อรายการ
5. ด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา มี 8 ข้อรายการ
6. ด้านจริยธรรมและกฎหมาย มี 3 ข้อรายการ
7. ด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา มี 3 ข้อรายการ
8. ฝึกรับรู้ตนเองในการการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง มี 5 ข้อรายการ
9. ด้านการศึกษา การสอนและให้ความรู้ มี 2 ข้อรายการ
10. ด้านการวิจัยและประเมินผล มี 2 ข้อรายการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	น.ส.รสริน ยิ้มอยู่
วัน เดือน ปี เกิด	16 พฤษภาคม 2526
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย)
ที่อยู่ปัจจุบัน	37/18 ซ.พลาญรัตน์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY