

ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้ายของชีวิต และการนำความรู้ไปใช้

อภิชาติ รอดสม พ.บ.

จุรีรัตน์ กิจสมพร ปร.ด.

จุฬารัตน์ หัวหาญ ปร.ด.

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมทางวิชาการเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) และการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการอบรมการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 จำนวน 1,273 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ส่งไปยังผู้รับการอบรมทุกคน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า มีแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 793 ฉบับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-49 ปี (ร้อยละ 27.5) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.96 (SD=8.20) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.1) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.4) โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 49.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน จะมีความรู้ความเข้าใจไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับกับกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอายุ เพศ ระดับการศึกษา แตกต่างกัน จะมีการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังนั้น จึงควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองและการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และส่งเสริมการนำไปใช้โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการที่มีลักษณะความต้องการด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย

คำสำคัญ: การดูแลรักษาแบบประคับประคอง, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, การประเมินความรู้

บทนำ

ในปี พ.ศ.2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับ

งานด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยโดยทั่วไปด้วย โดยเฉพาะประเด็นใหม่ที่มีการกำหนดไว้คือ การทำหนังสือแสดงเจตนา

ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12⁽¹⁾ ระบุไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ.1981 (แก้ไขปรับปรุง ค.ศ.2005) โดยรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรม ว่าเป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (good death) โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร (Futile treatment)⁽²⁾ ทั้งนี้มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอม ด้วยตนเองได้ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เรียกว่า “Living will” หรือ “Advance directives/decision”^(3,4) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถปฏิเสธการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่มีสภาพฟื้นไม่ได้ตายไม่ลง มีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานจากโรคบางโรคในระยะยาวโดยไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักลงเรื่อยๆ การรักษาบางวิธีการอาจเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น

หรือไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย การทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานจากการรักษาบางอย่างที่ไม่อาจเกิดประโยชน์ เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากโดยไม่เกิดประโยชน์ใดๆ เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและญาติ นอกจากนี้ยังเป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยรวม

บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยและผู้ที่มีความสนใจ และผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือแสดงความจำนงเป็นส่วนหนึ่งในการพูดคุยปรึกษาหารือและวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า (advance care planning)^(4,5) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรักษาหรือยุติการรักษาในวาระสุดท้ายยังเป็นประเด็นใหม่ทั้งในสังคมไทยและในระบบบริการสาธารณสุข^(5,6) สภากาชาดไทยได้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งเพื่อต้องการให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้การดูแลรักษา กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดข้อขัดแย้งได้ จึงได้ร่วมกับผู้แทนเครือข่ายสภาการพยาบาลประจำจังหวัด และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำหลักสูตรการให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 โดยกรอบแนวคิดรวบยอดของการอบรมตามหลักสูตรที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีกรอบสาระสำคัญของ Living will ในกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และได้ดำเนินการจัดอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขครอบคลุม 5 ภาค จำนวน 6 รุ่น โดยจัดในปี 2554 จำนวน 3 รุ่น และปี 2555 จำนวน 3 รุ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงตามมาตรา 12 ดังนั้น การประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ในงานของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว รวมถึง การศึกษาข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรคต่อการนำ ความรู้เรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงเป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ- ประคองในระยะท้ายของชีวิตในสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องต่อพระราชบัญญัติ รวมทั้งการจัด บริการที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และ การนำความรู้ไปใช้โดยข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อ การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับ- ประคองในระยะท้ายของชีวิตต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากร และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าอบรมหลักสูตร Palliative Care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ดำเนินการโดยสภาการพยาบาล จำนวน 6 รุ่น โดย อบรมในปี 2554 จำนวน 3 รุ่น ปี 2555 จำนวน 3 รุ่น รวมทั้งสิ้น 1,273 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ได้พัฒนา มาจากแบบสอบถามของทัศนีย์ ทองประทีป⁽⁷⁾ โดยแบ่ง ออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ชนิดมีตัวเลือก โดยสอบถามอายุ เพศ ตำแหน่งปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ เรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Palliative care) และ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นแบบ- สอบถามชนิดเลือกตอบจำนวน 22 ข้อ โดยกำหนดให้ ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ดังนั้น คะแนนที่เป็นไปได้ของ ความรู้ความเข้าใจฯ คือ 22 คะแนน และแบ่งคะแนนเป็น

3 ระดับ ดังนี้

16.00 - 22.00 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก

9.00-15.00 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง

0.00-8.00 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการนำความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่าปฏิบัติทุกครั้ง (ให้ คะแนน = 4) บ่อยครั้ง (ให้คะแนน = 3) บางครั้ง (ให้ คะแนน = 2) และไม่ปฏิบัติ (ให้คะแนน = 1) ดังนั้น คะแนนที่เป็นไปได้คือ 1 - 4 คะแนน โดยแบ่งคะแนน การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

3.01-4.00 คะแนน แสดงว่ามี การนำความรู้ความ เข้าใจไปใช้ในระดับมาก

2.01-3.00 คะแนน แสดงว่ามี การนำความรู้ความ เข้าใจไปใช้ในระดับปานกลาง

1.00-2.00 คะแนน แสดงว่ามี การนำความรู้ความ เข้าใจไปใช้ระดับน้อย

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง กันและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80.0 หลังจากแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะจาก ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตัดข้อความในส่วนที่ 2 เป็นคำถามวัด ความรู้ ออก 3 ข้อ เนื่องจากข้อความไม่ใช่เป็นคำถาม ที่วัดความรู้ จึงได้ข้อความวัดความรู้จำนวน 22 ข้อ หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับ ประชากรที่ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ การทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดย

ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้เข้าอบรมจำนวน 1,273 ฉบับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2556

วิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องที่สุด ทำการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป พร้อมทั้งทำการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูล ทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มเพศชาย-หญิง ด้วยสถิติ independent t-test เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน แผนกที่ปฏิบัติงาน และตำแหน่งที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ One-way Analysis of Covariance และเนื่องจากความแปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากันจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการศึกษา

จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ถึงผู้เข้าอบรมความรู้เรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จำนวน 1,273 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์และสมบูรณ์สำหรับการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 793 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 62.3 ของแบบสอบถามที่ส่งไป โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-49 ปี (ร้อยละ 27.5) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.96 (SD=8.20) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.1) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.4) โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 49.8)

ผลการวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่าโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน

ความรู้ความเข้าใจอยู่ระหว่าง 5.00-22.00 คะแนน (mean = 19.56, SD=1.73) ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 98.4) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อที่ระบุว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอก่อนการตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษา (ตอบถูกร้อยละ 99.1) รองลงมาคือข้อที่ระบุว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ระบุว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับ การรักษา (ตอบถูกร้อยละ 98.7) และข้อที่ระบุว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้เกี่ยวกับการเขียนแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า (ตอบถูกร้อยละ 98.2) ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยตายได้อย่างสงบ (การุณยฆาตหรือเมตตามรณะ) (ตอบถูกร้อยละ 58.3) รองลงมาคือข้อที่ระบุว่าทีมผู้ให้การรักษา มีวิธีในการตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้เครื่องพยุงชีวิต เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ (ตอบถูกร้อยละ 63.2) และข้อการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า ทำให้ญาติใช้เป็นข้ออ้างในการยุติการรักษา โดยที่ยังมีหนทางในการเยียวยาผู้ป่วยได้ (ตอบถูกร้อยละ 70.6)

เมื่อวิเคราะห์การนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ในเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้เท่ากับ 3.03 (SD=0.88) โดยมากกว่าร้อยละ 60.0 มีการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ในระดั้มาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความต้องการและประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนเสมอ แม้ว่า จะไม่ทราบหรือไม่มีการเขียนแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (mean = 3.46, SD=1.05) รองลงมาได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและ

ตารางที่ 1 ความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตไปใช้ (n=793)

ความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ความเข้าใจ		
มาก (16.22 คะแนน)	780	98.36
ปานกลาง (9-15 คะแนน)	11	1.39
น้อย (1-8 คะแนน)	2	0.25
คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.56 \pm 1.73	
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	5 - 22	
ระดับการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้		
มาก (3.01 - 4.00 คะแนน)	499	62.93
กลาง(2.01 - 3.00 คะแนน)	213	26.86
น้อย (1.00 - 2.00 คะแนน)	81	10.21
คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.03 \pm 0.88	
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	1.00 - 4.00	

ญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย (mean = 3.43, SD=1.01) และการชี้แจงและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้สิทธิในการรับรู้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับการตรวจและการรักษา (mean = 3.28, SD=1.02) ตามลำดับ ข้อการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การได้ช่วยให้ผู้ป่วยเขียนแสดงเจตนา เกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า (mean = 1.75, SD=1.07) รองลงมาได้แก่ การปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยตามที่เขียนแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า (mean = 2.76, SD=1.32) และการช่วยเสริมแรงแก่ผู้ป่วยและญาติในการซักถามเกี่ยวกับผลดีและข้อจำกัดในการวินิจฉัยและการรักษา กับแพทย์ (mean = 3.03, SD=1.04) ตามลำดับ

เมื่อทำวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นั่นคือ หากคะแนนความรู้ความเข้าใจ สูง จะมีคะแนนการนำ

ความรู้ความเข้าใจไปใช้ในการปฏิบัติงานสูง ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเมื่อบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง palliative care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอายุ 30-34 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (mean = 19.67, SD=1.47) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 29 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (mean = 19.08, SD = 1.93) อย่างไรก็ตามอายุแตกต่างกันจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย (mean = 19.57, SD = 1.69 และ mean=19.03, SD = 2.39 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเปรียบเทียบ

เทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งแตกต่างกันนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์/วิทยากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ สูงที่สุด (mean = 19.94, SD = 1.79) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าตึก ผู้บริหารการพยาบาล และอาจารย์พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (mean = 19.05, SD = 1.58) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจฯ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกมีคะแนนความรู้ความเข้าใจฯ สูงที่สุด (mean = 19.71, SD=1.84) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมมีคะแนนความรู้ความเข้าใจฯ น้อยที่สุด (mean = 19.19, SD=2.31) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ มากที่สุด (mean = 19.64, SD = 1.86) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอกมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ น้อยที่สุด (mean = 18.80, SD = 1.46) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ไปใช้ในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 29 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ไปใช้ฯ สูงที่สุด (mean = 3.28, SD=0.41) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้น้อยที่สุด (mean = 2.94, SD=0.99) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย (mean = 3.03, SD=0.88; mean = 2.99, SD=1.00 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าตึกมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ฯ สูงที่สุด (mean = 3.12,

SD=0.76) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าตึก ผู้บริหารการพยาบาล อาจารย์พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ ความเข้าใจไปใช้ฯ น้อยที่สุด (mean = 2.47, SD=1.35) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งแตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเมื่อพิจารณาความแตกต่างรายคู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล-วิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ฯ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าตึก ผู้บริหารการพยาบาล อาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าตึกมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าตึก ผู้บริหารการพยาบาล อาจารย์พยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน-เฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกแตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้มากที่สุด (mean = 3.36, SD=0.37) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก มีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้น้อยที่สุด (mean = 2.80, SD=1.07) โดยคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และเมื่อพิจารณาความแตกต่างรายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจฯ ไปใช้แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติที่แผนกอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และแตกต่างจากกลุ่มที่ปฏิบัติงานที่แผนกสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ฯ มากที่สุด (mean = 3.04, SD=0.84) รองลงมาคือ กลุ่ม-

ตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท (mean = 3.01, SD=0.97) และกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก (mean = 2.80, SD=1.36) ตามลำดับ แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทางประชากรบางอย่างแตกต่างกัน

ข้อมูลทั่วไป	ความรู้ความเข้าใจ				การนำความรู้ความเข้าใจไปใช้			
	คะแนนเฉลี่ย	(SD)	t/F	p-value	คะแนนเฉลี่ย	(SD)	t/F	p-value
อายุ (ปี)			0.68	0.66			1.79	0.10
น้อยกว่า 29	19.08	(1.93)			3.28	(0.41)		
30-34	19.67	(1.47)			3.12	(0.71)		
35-39	19.63	(2.00)			3.21	(0.73)		
40-44	19.61	(1.62)			3.05	(0.84)		
45-49	19.64	(1.85)			2.98	(0.96)		
50-54	19.52	(1.57)			2.95	(0.93)		
55 ขึ้นไป	19.56	(1.73)			2.94	(0.99)		
เพศ								
ชาย	19.03	(2.39)	1.74	0.08	2.99	(1.00)	0.28	0.78
หญิง	19.57	(1.69)			3.03	(0.88)		
ตำแหน่งปัจจุบัน								
พยาบาลวิชาชีพ	19.47	(1.84)	1.68	0.14	3.10	(0.82)	6.59	<0.001
หัวหน้าตึก	19.68	(1.51)			3.12	(0.76)		
ผู้บริหารการพยาบาล	19.68	(1.70)			2.86	(1.00)		
อาจารย์/วิทยากร	19.94	(1.79)			3.00	(0.99)		
อื่น ๆ	19.05	(1.58)			2.47	(1.35)		
สถานที่ปฏิบัติงาน		1.57	0.16		3.97	<0.01		
ผู้ป่วยนอก	19.71	(1.84)			2.71	(1.10)		
ฉุกเฉิน	19.13	(1.79)			3.16	(0.67)		
อายุรกรรม	19.87	(1.50)			3.36	(0.37)		
ศัลยกรรม	19.19	(2.31)			3.14	(0.61)		
กุมารเวชกรรม	19.57	(1.40)			2.80	(0.35)		
สูติ-นรีเวช	19.22	(1.62)			3.26	(0.53)		
อื่น ๆ	19.59	(1.67)			3.00	(0.93)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		1.32	0.27		0.45	0.64		
ปริญญาตรี	19.53	(1.67)			3.04	(0.84)		
ปริญญาโท	19.64	(1.86)			3.01	(0.97)		
ปริญญาเอก	18.80	(1.46)			2.80	(1.36)		

วิจารณ์

ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนความรู้ในระดับมาก ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการดูแลรักษาแบบประคับประคอง นั้นมีมาตั้งแต่เริ่มมีวิชาชีพ แต่การมีมาตรา 12 ช่วย บุคลากรสุขภาพ ได้ความชัดเจนว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องได้รับการดูแลและบรรเทาความเจ็บป่วย ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามมีประเด็น ความรู้ความเข้าใจที่ยังคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือ พระราช-บัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วย ตายได้อย่างสงบ (การุณยฆาตหรือเมตตามรณะ) เนื่อง จากการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ได้แก่ การรักษา ที่เกินความจำเป็น หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะยาว แต่อาจมีผล เพียงช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น จึงเป็นการแสดง เจตนาขอจากไปตามธรรมชาติเท่านั้นแต่การดูแลแบบ ประคับประคอง (palliative care) จึงไม่เกี่ยวข้องกับการ ช่วยให้ผู้ป่วยตายได้อย่างสงบ^(8,9)

ประเด็นความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอีกหนึ่ง ประเด็น คือ ทีมผู้ให้การรักษามีวิธีในการตัดสินใจที่จะ ใช้หรือไม่ใช้เครื่องพยุงชีวิต เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่ สามารถตัดสินใจได้ ซึ่งเนื่องมาจากในกรณีที่ผู้ทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบ การรักษา อธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้ บุคคลที่ผู้แสดงเจตนาได้กำหนดให้เป็นผู้ช่วยตัดสินใจ แทน (proxy) หรือญาติของผู้ทำแสดงเจตนาบุคคล ดังกล่าวทราบและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนิน- การตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือ ก่อนที่จะ ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว⁽¹⁰⁾ และถ้าผู้ทำ หนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการ อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้ และผู้ทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ให้ผู้ประกอบวิชาชีพ- เวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดย

คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เป็นสำคัญ⁽⁹⁾ ดังนั้นการบัญญัติมาตรา 12 จึงเป็นการให้ ทางเลือกให้ทุกคนมีโอกาสที่จะเลือกจากไปโดยวิถี ธรรมชาติในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งจาก เครื่องมือต่าง ๆ⁽⁸⁾ ในส่วนของการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการ รักษาไว้ล่วงหน้าที่จะทำให้ญาติใช้เป็นข้ออ้างในการ ยุติการรักษาโดยที่ยังมีหนทางในการเยียวยาผู้ป่วยได้ จะไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากญาติสามารถตัดสินใจ บางเรื่องในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้ระบุไว้ เท่านั้น และญาติไม่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนา เกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้าได้⁽¹⁰⁾ ข้อการนำความรู้ความ เข้าใจไปใช้ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การได้ ช่วยให้ผู้ป่วยเขียนแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ ล่วงหน้า ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูล ว่ายังไม่มีคนใช้ระยะสุดท้าย และในโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถวินิจฉัยโรคทางอายุกรรม ศัลยกรรมทำให้ไม่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยได้ และในบางโรงพยาบาลไม่มีอุปกรณ์ที่ เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างระบุการนำ ความรู้ความเข้าใจไปใช้ นอกจากนั้นยังพบว่า ข้อที่ มีการนำไปใช้น้อยคือการปฏิบัติตามความต้องการของ ผู้ป่วยตามที่เขียนแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ ล่วงหน้า ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการขาดนโยบายที่ชัดเจน ในการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ไม่มีแนว- ปฏิบัติที่ชัดเจน นอกจากนั้นการดูแลแบบประคับประคอง นั้นต้องการการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า ซึ่งต้องมีการพูดคุยตกลงกันทั้งในครอบครัวและแพทย์ ผู้ดูแลให้ชัดเจน การเขียนบันทึกความต้องการเป็น ลายลักษณ์อักษร และการมอบหมายให้บุคคลใดบุคคล- หนึ่งเป็นตัวแทนแสดงความต้องการ⁽⁴⁾ นอกจากนั้น อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสิทธิของ ตนเองในด้านนี้ และอาจจะเนื่องมาจากประเด็นนี้เป็น ประเด็นใหม่ในสังคมไทยรวมทั้งขาดการประชาสัมพันธ์ ถึงพระราชบัญญัติสุขภาพมาตรา 12 ทำให้ผู้ป่วยใน ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิของตนเองในการ

ทำหนังสือปฏิเสธการรับบริการใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติในด้านการช่วยเสริมแรงแก่ผู้ป่วยและญาติในการซักถามเกี่ยวกับผลดีและข้อจำกัดในการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางวัฒนธรรมของสังคมไทยที่จะต้องรอการตัดสินใจจากญาติหลายๆ คน จึงจะสามารถตัดสินใจได้ และความเชื่อทางศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิการิม๊ะ และคณะ⁽¹¹⁾ ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติจึงต้องมีการปฏิบัติให้ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ประเด็นอุปสรรคต่อการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้นั้น กลุ่มตัวอย่างระบุว่าอาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับถึงสภาวะโรครวมทั้งญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับทราบโรคที่เป็นอยู่นอกจากนั้นยังพบว่าบางส่วนนั้นญาติมีความต้องการที่ขัดแย้งกับผู้ป่วย

ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ เพศ ตำแหน่งปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้สามารถสร้างความเข้าใจได้ในระดับเดียวกัน แต่การนำความรู้ความเข้าใจไปใช้มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลักษณะของผู้รับบริการในแต่ละแผนกที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากแผนกอายุรกรรมจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการนำความรู้ความเข้าใจไปใช้สูงที่สุด ซึ่งเป็นแผนกที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบได้ว่าหัวหน้าทีมจะเป็นผู้ที่นำความรู้ความเข้าใจไปใช้มากที่สุดซึ่งอาจจะเนื่องมาจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

สรุป

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมมีคะแนนความรู้ความเข้าใจในเรื่อง palliative care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และคะแนน

การนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ในการปฏิบัติงานในระดับสูง นอกจากนั้น ความรู้ความเข้าใจ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน จะมีความรู้ความเข้าใจ ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอายุ เพศ ระดับการศึกษา แตกต่างกัน จะมีการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่ายังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนของความรู้ความเข้าใจของระหว่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 กับการรณยฆาต ดังนั้นหลักสูตรฝึกอบรมต่างๆ ต้องเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งในการดูแลแบบประคับประคองและการรณยฆาต นอกจากนั้น การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาสุขภาพที่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยให้ความสอดคล้องกับมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ หลักกฎหมาย และความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยเตรียมบุคลากรสุขภาพให้สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน

จากผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีการนำความรู้ความเข้าใจ ไปใช้ในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่อง Palliative care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ การส่งเสริม

การนำไปใช้ควรมุ่งเน้นที่ผู้รับบริการที่มีลักษณะความ ต้องการด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนทุนการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. (2550.). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16ก. (ลงวันที่ 3 มีนาคม 2550. หน้า 1-19.
2. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550. ใน: ไพศาล ลิ้มสถิตย์, อภิราชย์ ชันธ์เสน, บรรณาธิการ. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนา การจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์; 2551. หน้า 89-117.
3. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา สิทธิที่จะตาย. ใน: ไพศาล ลิ้มสถิตย์, อภิราชย์ ชันธ์เสน, บรรณาธิการ. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระ สุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอมี เอ็นเตอร์-ไพรส์; 2551. หน้า 59-74.
4. พรเลิศ ฉัตรแก้ว. แนวทางในการใช้สิทธิในการตายดี. ใน: ไพศาล ลิ้มสถิตย์, อภิราชย์ ชันธ์เสน, บรรณาธิการ. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระ สุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอมี เอ็นเตอร์-ไพรส์; 2551. หน้า 75-87.
5. ชูติกาญจน์ หลุทัย. การรณุญาต สิทธิการตาย และการ พยาบาลในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต. วารสารกองการพยาบาล 2554;38:1-5.
6. ภัคคพงษ์ วงศ์คำ, เขมวดี ขนบแก้ว, บรรณาธิการ. ขอเป็นเพื่อนตาย: จากหัวใจพยาบาล ถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; 2555.
7. ทศนีย์ ทองประทีป, สุณี พนาสกุลการ. การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย: ประสบการณ์ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารก่อการรณยศ 2549;13:71-84.
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการ สาธารณสุข: กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ม.ป.ป.
9. แสงว บัญเฉลิมวิภาส. พินัยกรรมชีวิตไม่ใช้การรณุญาต. พุทธชินราชเวชสาร 2550;24:2-4.
10. แสงว บัญเฉลิมวิภาส. สำคัญของ living will ตามกฎ-กระทรวง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12. การประชุม Palliative Care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12; 6 พ.ค. 2554; สภาการพยาบาล, นนทบุรี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
11. นกัรหิมะ นิจิการ์, อรัญญา เชาวลิต, อุไร หัตถกิจ. มุมมอง เกี่ยวกับการตัดสินใจในระย่สุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง ไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์-เวชสาร 2551;26:431-9.

Abstract: Knowledge and Practice on Palliative Care among Trained Health Workers

Aphichat Rodsom, M.D.; Jureerat Kijsonporn, Ph.D.; Chularat Howharn, Ph.D.

Praboromrajochanok Institute for Health Workforce Development

Journal of Health Science 2015;24:468-78.

The objective of this study was to assess knowledge and understanding of trained health workers on palliative care; and the application of the learning in their work. Study samples were health workers attending the seminars on palliative care and National Health Act 2007 conducted by Thailand Nursing Council during 2011-2012. Data were collected by using self-administered questionnaire sent to all trained health workers; and descriptive statistics were used to describe findings and independent t-test was used to compare the difference on the level of knowledge and the extent of application among participants who were different in sex, education, job position, and workplace. There were 793 respondents collected (62.3%). It was found that most of the respondents were female (95.1%), aged 45-49 years old (27.5%), having bachelor degree (65.4%); and majority were nurses (49.8%). Most of them had good knowledge on palliative care and National Health Act 2007, with high score on the application of the knowledge in their work. There was a significant association between the average score on knowledge and the extent of its utilization ($p < 0.05$). There was no significant difference between the level of knowledge and age, sex, education background, current job or workplace. As well, no difference on knowledge application was observed among respondents with different age, sex, and education. However, respondents with different jobs and workplaces had different level of the utilization of the knowledge ($p < 0.05$). Therefore, knowledge on palliative care and the care followed the National Health Act 2007 should be regularly and continuously provided to health care personal. Moreover, application of the knowledge to people with different health care needs should also be promoted.

Key words: palliative care, National Health Act, knowledge assessment,