

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัย ต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาเสนอตามลำดับดังนี้

1.แนวคิดทฤษฎีการจัดการ

1.1 ความหมายการจัดการ

1.2 กระบวนการจัดการ

1.2.1 การวางแผน

1.2.2 การจัดระบบงาน

1.2.3 การอำนวยการ

1.2.4 การควบคุมงาน

2.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรม

3. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

4. การรับรู้ของพยาบาลประจำการต่อการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการใน การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

4.1 การสนับสนุนด้านกายภาพ

4.2 การสนับสนุนด้านจิตใจ

4.3 การสนับสนุนด้านญาติและครอบครัวผู้ป่วย

4.4 การสนับสนุนด้านระบบการพยาบาล

5. ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย

6. ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย

7. เจตคติต่อข้อกำหนดทางศาสนา

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีการจัดการ

1.1 ความหมายของการจัดการ

คำว่า การบริหาร ภาษาอังกฤษนิยมใช้อยู่ 2 คำคือ Administration และ Management บางแห่งใช้คำว่า " การจัดการ " คำ 2 คำนี้มีความหมายอย่างเดียวกัน แต่นิยมใช้ต่างกัน คือ Administration มักเป็นในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบาย (Policy) และนิยมใช้ในการบริหารราชการ ส่วน Management มักเป็นการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ (Implementation) และนิยมใช้ในการบริหารธุรกิจ ในองค์การพยาบาลจะพบ 2 คำนี้เสมอ เช่น Nursing service administration หมายถึงการบริหารงานเกี่ยวข้องกับนโยบายของหน่วยงานระดับสูง เช่น แผนกการพยาบาล และ Ward management เป็นการนำเอานโยบายมาจัดทำในระดับหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม คำ 2 คำนี้ อาจใช้แทนกันได้และหมายถึงการบริหารได้เช่นเดียวกัน (สุตักษณ์ มีชูทรัพย์ , 2539 : 1) ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำว่า การจัดการ (Management) แทนคำว่าการบริหาร มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำนิยาม การจัดการ ไว้ดังนี้

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539 : 3) ได้กล่าวว่า การจัดการ หมายถึง กิจกรรมในการบริหารทรัพยากร และกิจการอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์ (2540 : 13) ได้กล่าวว่า การจัดการ คือ ศิลปะในการดำเนินงานร่วมกันของคณะผู้บริหารองค์การเกี่ยวข้องกับการวางแผน การจัดองค์การ การจัดคนเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุมกิจการให้ดำเนินไปตามนโยบายจนบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การที่วางเอาไว้ได้อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพที่สุด

คูนท์และไวชริช (Koontz and Wehrich 1994:4) กล่าวว่า การจัดการคือ กระบวนการที่กำหนดและบำรุงรักษาสภาพแวดล้อมของบุคคล กลุ่มบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

กริฟฟิน (Griffin, 1996:5) ให้ความหมายของการจัดการ หมายถึง กลุ่มของกิจกรรมซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยการและการควบคุม เพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สรุป การจัดการ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ภายในหอผู้ป่วยให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการจัดการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดระบบงาน (Organizing) การอำนวยการ (Leading) และการควบคุมงาน (Controlling) เพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดแก่กรรมให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.2 กระบวนการจัดการ

ในการจัดการงานไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนไม่ว่าจะมีทรัพยากรหรือองค์ประกอบในการบริหารงานมากน้อยเพียงไรสมบูรณ์หรือไม่ หากขาดเสียซึ่งกระบวนการจัดการที่ดีก็ยากที่กิจการงานจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ ซึ่งกระบวนการจัดการเป็นการอธิบายถึงหน้าที่ของการจัดการ มีนักวิชาการให้ความเห็นเกี่ยวกับกระบวนการจัดการให้แตกต่างกัน ดังนี้

สมยศ นาวิกการ (2538 : 24 - 25) กล่าวว่า กระบวนการจัดการ ประกอบด้วย กิจกรรมของการบริหาร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์การ การสั่งงาน และการควบคุมงาน

กูลิค และ เออร์วิค (Gulick and Urwick 1937, อ้างถึงใน สมคิด บางโม , 2538 :72) เสนอว่า กระบวนการจัดการ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การจัดหน่วยงาน การจัดบุคลากร การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การรายงาน และงบประมาณ

โฮลท์ (Holt, 1990: 7) ได้กำหนดว่า กระบวนการจัดการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยความสะดวก และการควบคุมงาน

คุนท์ และไวริช (Koontz and Wehrich, 1994: 4) ได้กำหนดว่า กระบวนการจัดการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดระบบงาน การจัดบุคลากร และการควบคุม

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่านักวิชาการได้เสนอกระบวนการจัดการหลายแนวคิด ซึ่งนักวิชาการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน เช่น การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยความสะดวก และการควบคุมงาน อย่างไรก็ตามแนวความคิดต่างๆในการจัดการจะมีกี่ขั้นตอนก็ตามสาระสำคัญยังคงมีรายละเอียดครอบคลุมเรื่องต่างๆในการจัดการทั้งหมดคล้ายคลึงกันแล้ว แต่การจัดหมวดหมู่ของแต่ละคนว่าจะมีกี่ขั้นตอน ซึ่งในการจัดการทางการพยาบาลก็นิยมนำกระบวนการจัดการมาใช้เช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งขั้นตอนของกระบวนการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมตามแนวคิดของ โฮลท์ (Holt,1990:7) เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดระบบงาน (Organizing) การอำนวยความสะดวก (Leading) และการควบคุมงาน (Controlling) ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 การวางแผน (Planning)

1.2.1.1 ความหมายของการวางแผน

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539 : 18) ให้ความหมายการวางแผน หมายถึง การเตรียมการล่วงหน้าว่าจะทำอะไร แก่ใคร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร

ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์ (2540 : 59) กล่าวว่า การวางแผนเป็น กระบวนการของการใช้ความคิดและการตัดสินใจโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะทำแล้วหาขั้นตอนการปฏิบัติ และวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรการบริหาร อันประกอบด้วยคน เงิน วัสดุ และการจัดการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ไว้หลาย ๆ วิธีแล้วตัดสินใจเลือกขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมที่สุด

โฮลท์ (Holt, 1990:7) ให้ความหมายของ การวางแผน หมายถึง การกำหนดวัตถุประสงค์ขององค์การ การวางแผนกลยุทธ์รวมทั้งรายละเอียดของแผนเพื่อให้ องค์การบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

สรุป การวางแผน หมายถึง การเตรียมการให้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม โดยมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะดำเนินกิจกรรม และวิธีการดำเนินกิจกรรมในอนาคตเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2.1.2 กระบวนการวางแผน

การวางแผนเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจรไม่ รั้งบ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534: 88) ได้แบ่งการวางแผนออกเป็น 5 ขั้นตอน ตามกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ คือ

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ (Setting the objective) เพื่อแสดงให้เห็นเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอันจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตามแผนนั้นยึดถือเป็น แกนกลางในการปฏิบัติงาน

2. การรวบรวมข้อมูล (Collecting data) เป็นการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์นั้นๆ เป็นขั้นตอนสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้ความเป็นไปของแผนนั้นมีมากน้อยเพียงใด ดังนั้น ข้อมูลควรจะถูกต้องแม่นยำและ เชื่อถือได้

3. การกำหนดแผน (Planning) เมื่อรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์โดยรอบคอบและถูกต้องแล้ว จึงเริ่มวางแผนโดยตอบคำถาม ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร ทำไม และกลยุทธ์ใด โดยพิจารณาตามคุณภาพของปัจจัยทางการจัดการที่มีอยู่ในขณะนั้นเป็นสำคัญ

4. การดำเนินตามแผน (Execution of the plan) เป็นการปฏิบัติตามที่วางไว้โดยลำดับและเป็นขั้นตอนให้ต่อเนื่องและสอดคล้องกันจะช่วยให้เห็นภาพพจน์ของแผนงานในการปฏิบัติงานทุกระดับและตลอดเวลา

5. การติดตาม และปรับปรุงแผน (Monitoring of the plan) เนื่องจากแผนงานเป็นการกำหนดงานเพื่ออนาคต ซึ่งมีพื้นฐานจากข้อมูล และการคาดการณ์ต่างๆ ดังนั้นเมื่อปฏิบัติจริงอาจเกิดปัญหาและไม่เป็นไปตามเป้าหมายได้ แผนงานจึงจำเป็นต้องมีการ ติดตามผลและปรับปรุงแก้ไขได้เสมอ

1.2.1.3 การวางแผนทางการพยาบาล

การวางแผนเป็นหน้าที่สำคัญของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับที่ควรจัดทำขึ้นเพื่อเป็นการกำหนดสิ่งที่จะต้องดำเนินการในปีต่อไปให้ชัดเจนและในการวางแผนของฝ่ายการพยาบาลนั้น ได้มีการกำหนดแผนงานเป็น 3 ด้านตามลักษณะการบริหารงาน ดังนี้

- 1) แผนด้านการบริหารการพยาบาล ประกอบด้วย แผนอัตรากำลัง แผนงบประมาณ แผนการจัดสวัสดิการ แผนประชุมเจ้าหน้าที่ แผนประเมินผลการปฏิบัติงาน และแผนการประสานงาน
- 2) แผนด้านบริการพยาบาล ประกอบด้วย แผนพัฒนาบริการพยาบาล แผนการจัดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ แผนการจัดอาคารสถานที่ แผนสนับสนุนงานตามโครงการต่างๆ และ 3) แผนด้านวิชาการ ประกอบด้วย แผนพัฒนาบุคลากร แผนการนิเทศงาน แผนการศึกษาค้นคว้าวิจัย แผนการจัดการเอกสารตำราคู่มือปฏิบัติงานและแผนการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติ(กองการพยาบาล, 2539)

การวางแผนบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วยส่วนประกอบย่อย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวนบุคลากร หมายถึงการกำหนดความต้องการอัตรากำลัง ซึ่งจะต้องคำนวณหาว่าจำเป็นจะต้องใช้บุคลากรเท่าใด ประเภทไหนบ้างที่จะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในแต่ละเวรแต่ละวัน ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องมีข้อมูลด้านต่างๆมาประกอบการพิจารณา ได้แก่ สถิติ จำนวนและประเภทของหอผู้ป่วย อัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากจนกระทั่งถึงขั้นวิกฤต อัตราเฉลี่ยจำนวนวันที่ผู้ป่วยแต่ละคนอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียงในปีที่ผ่านมาและระดับความต้องการการพยาบาล ส่วนที่ 2

แผนการจัดการอัตราบุคลากรให้เหมาะสมกับงานประเภทนั้นๆ ตามแผนที่ผู้บริหารวางไว้ หมายถึง การบริหารจัดการอัตรากำลังที่มีอยู่ ประกอบด้วย 1) แผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล เช่น การฝึกอบรม การจัดการประชุม การปฐมพยาบาล การศึกษาต่อเนื่อง เป็นต้น 2) แผนการจัดสวัสดิการของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น การจัดสวัสดิการที่พักรักษาหรือห้องนอนเวร เป็นต้น และ 3) แผนการประเมินผลบุคลากรทางการพยาบาล (Steven,1980 อ้างถึงในตริงตา พูนผลอำนาจ, 2536:41-42)

การวางแผนวัสดุอุปกรณ์ การวางแผนเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ในการพยาบาล นั้นแผนจะต้องครอบคลุมถึง 1) ประเภทและขนาดของเครื่องมือเครื่องใช้ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากการใช้ที่ผ่านมาว่าชนิดใดมีคุณภาพและใช้ได้ดีมากที่สุด ตลอดจนมีความทนทาน ไม่ชำรุดง่าย โดยต้องจำแนกว่าเครื่องมือเครื่องใช้ประเภทใดที่ใช้ได้ถาวร ถ้าผู้ใช้รู้จักใช้จะไม่ชำรุดเสียหายง่าย และสิ่งใดเป็นประเภทที่เป็นสิ่งหมดเปลือง 2) ปริมาณของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการวางแผนแต่ละปีจำเป็นต้องนำสถิติของการใช้ปีที่ผ่านมา มาเป็นเกณฑ์ 3) การวางแผนเกี่ยวกับเครื่องมือ เครื่องใช้ ควรทำเป็นรายปี รวมทั้งจะต้องกำหนดผังควบคุมกำกับกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ ส่วนแผนการจัดการและดูแลอาคารสถานที่ต้องมีการกำหนดกิจกรรมและเวลาให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติทราบถึงขั้นตอน กำหนดเวลาในการทำงาน หรือทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และสามารถตรวจสอบคุณภาพงานและประสิทธิภาพการทำงานได้ (ตริงตา พูนผลอำนาจ, 2636: 43)

1.2.2 การจัดระบบงาน (Organizing)

1.2.2.1 ความหมายของการจัดระบบงาน

ระวีง เนตรโพธิ์แก้ว (2537 : 43) ให้ความหมาย การจัดระบบงานคือ การจัดให้คน เครื่องจักร เครื่องมือ วัสดุดิบและอื่นๆ ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539 : 26) ให้ความหมายว่า การจัดองค์การ หมายถึง การจัดรูปโครงของการบริหารงาน โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานย่อยหรือตำแหน่งต่างๆ ในหน่วยงานให้ชัดเจน กำหนดลักษณะและวิธีการติดต่อกัน ความสัมพันธ์ตามอำนาจหน้าที่ตามลำดับชั้นลดหลั่นกันไปเพื่อให้งานดำเนินไปตามระเบียบแบบแผน รวมถึงการพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงการจัดหน่วยงานให้ทันต่อเหตุการณ์สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้น ๆ ด้วย

ที่อาคารเรียนมี 2 ชั้น แต่ถ้าต้องใช้ชั้นที่สองในกรณีที่เป็นจริง ๆ อาคารควรมีห้องน้ำห้องส้วมอยู่บนชั้นที่สอง เพื่อความสะดวก ปลอดภัยของเด็กปฐมวัย ในกรณีที่ห้องเรียนของเด็กปฐมวัยมีขนาดเล็ก การแก้ปัญหาหานี้ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความสามารถของครูและผู้บริหารในการที่จะใช้แสง สี ของห้อง ตลอดจนการจัดวัสดุอุปกรณ์ให้เป็นสัดส่วนและเป็นระเบียบเรียบร้อยเพื่อให้ห้องดูขนาดใหญ่ขึ้น สำหรับศูนย์ปฐมวัยต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยกรมการพัฒนาชุมชน กรมอนามัย กรมการศาสนา หรือองค์กรอื่น ๆ รูปแบบของการจัดจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน คั้งนั้นอาคารส่วนใหญ่ของศูนย์จึงเป็นอาคารแบบง่าย ๆ อาคารมีหลังคาและฝาที่กันกันฝนและลม ห้องจะใช้ประโยชน์เอนกประสงค์ การจัดสภาพแวดล้อมจึงค่อนข้างเป็นปัญหา แต่อย่างไรก็ตามผู้รับผิดชอบควรใช้ความรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนสถานที่นั้น ๆ ให้ใช้ได้ตามแต่วัตถุประสงค์แต่ละข้อ

2) ปัญหาด้านงบประมาณไม่เพียงพอต่อการจัดหาครุภัณฑ์

การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานศึกษา ที่จัดชั้นเด็กเล็กและอนุบาล รัฐบาลจัดสรรมาให้ไม่น้อยมาก โดยเฉพาะถ้าเป็นสถานศึกษาขนาดเล็ก ทำให้สถานศึกษาปฐมวัยมีงบประมาณไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดำเนินจัดซื้อครุภัณฑ์ แนวทางแก้ปัญหา รัฐมีส่วนสำคัญในการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยนี้ รัฐบาลควรส่งเสริมสนับสนุนด้านงบประมาณโดยเพิ่มงบประมาณให้แก่สถานศึกษาปฐมวัยมากขึ้น แนวทางอีกแนวหนึ่งคือผู้บริหารควรต้องใช้ความสามารถของตนเองทั้งด้านความรู้ ความสามารถในการประชาสัมพันธ์ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีช่วยจัดหาเงินที่จะมาสนับสนุนในการจัดซื้อหา จัดซื้อครุภัณฑ์ที่จะมาจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม หรือใช้วัสดุอุปกรณ์ที่จะมาจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม หรือใช้วัสดุท้องถิ่นมาจัดสภาพแวดล้อมในสถานศึกษาปฐมวัยก็ได้เพื่อเป็นการแก้ปัญหา (อารมณ สุวรรณपाल, 2537)

จึงสรุปได้ว่า การจัดอาคารสถานที่และครุภัณฑ์ ในโรงเรียนและศูนย์สำหรับเด็ก อนุบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อเด็ก หากผู้บริหารและครูจัดได้ถูกต้องตามหลักการย่อมทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ดี ผู้ปกครองก็เป็นผู้ที่จะทำให้การจัดอาคารสถานที่และครุภัณฑ์ของโรงเรียนและศูนย์ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารและครูจึงต้องชักจูงให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดอาคารสถานที่และครุภัณฑ์ ถ้าหากมีปัญหาเกิดขึ้นผู้ปกครองยังสามารถช่วยแก้ปัญหาได้อีกทางหนึ่งด้วย

2.2 สื่อการเรียนการสอน

สื่อเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญต่อการเรียนรู้ของเด็กโดยตรง เพราะเด็กปฐมวัยจะเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากประสบการณ์ตรง วัสดุอุปกรณ์และสื่อประเภทต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นที่สถานศึกษาต้องจัดไว้อย่างหลากหลายทั้งภายในและภายนอกห้องเรียน สื่อในที่นี้รวมถึงเกมต่าง ๆ วัสดุอุปกรณ์ภายในห้องเรียน วัสดุอุปกรณ์ภายนอกห้องเรียน วัสดุอุปกรณ์ที่สร้างเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก (อารมณ สุวรรณपाल, 2537)

4) การจัดสายการบังคับบัญชา (Chain of Command) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ตามลำดับขั้นระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาในแต่ละองค์การในด้านการสื่อสาร อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่ลดหลั่นกัน

5) อำนาจหน้าที่ (Authority) ซึ่งเป็นผลเกิดจากความรับผิดชอบ และมีลักษณะเป็นสิทธิ (Right) ได้แก่ สิทธิในการวินิจฉัยสั่งการ สิทธิในการบริหารงาน และสิทธิในการบังคับบัญชา

6) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง พันธะผูกพันที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ซึ่งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ หน้าที่การงานและภาระผูกพันซึ่งเกิดขึ้นเมื่อได้รับตำแหน่งนั้น

1.2.2.3 การจัดระบบงานในหอผู้ป่วย(Ward Organization)

กองการพยาบาล (2539: 27-29) เสนอการจัดระบบงานในหอผู้ป่วย มีหลักใหญ่ๆ ดังนี้

1) กำหนดวัตถุประสงค์การบริการผู้ป่วยโดยพิจารณาถึงความต้องการของสังคมและนโยบายของสถาบัน เช่น การให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล การศึกษา การวิจัย เป็นต้น

2) กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ และแผนภูมิการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องและประสานกันเพื่อป้องกันการทำงานซ้ำซ้อน และละเมิดสิทธิของงาน

3) กำหนดอัตรากำลัง และประเภทเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล ลักษณะและสภาพของผู้ป่วย การบริการ ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ และอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น

4) กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ และลักษณะงานที่ทำของเจ้าหน้าที่พยาบาล

5) กำหนดการติดต่อสื่อสารและขั้นตอนการรายงานต่างๆ อย่างละเอียด

6) จัดหาคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกหน่วยงาน

7) การวางแผนการให้การพยาบาล เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งจัดให้มีบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยในการทำงาน

8) นโยบายบริหารบุคคล เช่น ศึกษาศึกษาความรู้ ความสามารถของบุคลากรเพื่อมอบหมายงานได้เหมาะสม

9) จัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ กำหนดผู้ควบคุมดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ให้พอเพียง และกำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ และให้คำแนะนำวิธีการใช้

10) จัดการบันทึก และการรายงาน มีมาตรฐานสำหรับการบันทึกการพยาบาลและการรายงาน

11) การส่งเสริมความรู้ทางวิชาการ

12) มีการติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่อื่นในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสถาบัน

13) จัดทำแผนการประเมินผล ประเมินผลการทำงานของพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นในทีมสุขภาพ

สรุป การจัดระบบงานเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การกำหนดสายการบังคับบัญชา การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ การจัดระบบด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ และอาคารสถานที่ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.การกำหนดสายการบังคับบัญชาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลประจำการและหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงตำแหน่งหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมที่ลดหลั่นกันลงมา

2.การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและลักษณะงานที่ทำของพยาบาลประจำการ โดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ทุกคนทราบหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม การกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับคุณสมบัติของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดให้ชัดเจนจะช่วยลดความสับสนและความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน (สุมาลี จักรไพศาล,2541:36)

3.การจัดระบบด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ และอาคารสถานที่ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย โดยให้มีปริมาณเพียงพออยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอด

เวลา รวมทั้งจัดให้มีระบบการรักษา ทำบัญชี สำรองและควบคุมการใช้อย่างประหยัด (กองการ
พยาบาล, 2539: 125)

1.2.3 การอำนวยการ (Leading)

1.2.3.1 ความหมายของการอำนวยการ

สฤกษ์มี มีชูทรัพย์ (2539 : 68) ให้ความหมาย การอำนวยการ หมายถึง การตรวจตรา ชี้แนะการทำงานให้แก่ผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้การดำเนินงานขององค์การหรือหน่วยงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ การวินิจฉัยสั่งการ การสั่งงาน การควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน การนิเทศงานและการติดตามผล ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักมนุษยสัมพันธ์และการลงใจเป็นเครื่องมือในการอำนวยการด้วย

สัมพันธ์ ภูโพนุญย์ (2540: 122) ให้ความหมายว่า การอำนวยการ หมายถึง วิธีการสื่อสารและลงใจผู้ร่วมงานให้กระตือรือร้นในการทำงาน ปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความพึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การบังคับบัญชา ภาวะผู้นำ การลงใจ การตัดสินใจ การสั่งงาน การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน

อารมท์ และฮัคคาเบย์ (Amdt and Huckabay,1980: 92) กล่าวว่า การอำนวยการมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างการมอบหมายหน้าที่ การนิเทศงาน การประสาน และการควบคุมงาน

โฮลท์ (Holt,1990:8) ให้ความหมายว่า การอำนวยการ หมายถึง การใช้ภาวะผู้นำโดยการกระตุ้น การลงใจและอำนวยการให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ

สรุป การอำนวยการ หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ปวยใช้ศิลปะการลงใจบุคลากรให้มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดูแลผู้ปวยใกล้ชิดถึงแก่กรรมดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ การประสานงาน การมอบหมายงาน การชี้แนะ การนิเทศงาน และการลงใจ

สรุปในการวิจัยนี้ การอำนวยการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ปวยใกล้ชิดถึงแก่กรรม ประกอบด้วย การสั่งงาน การประสานงาน การนิเทศงาน การลงใจ และการจัดระบบการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. การสั่งงาน (Order or Command) ในการทำงานหัวหน้าหรือผู้ปวยจำเป็นต้องใช้การสั่งงานเพื่อเป็นการเริ่มต้นของการอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นการทำงานโดยอาศัยผู้อื่นหรือจัดให้ผู้อื่นทำงานตามที่ต้องการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดถึงแก่กรรมดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ โดยอาจแนะวิธีปฏิบัติให้ด้วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินไปด้วยดี วิธีการสั่งงานโดยทั่วไปแบ่งได้ 2 วิธี คือ 1) การสั่งงานเป็นลายลักษณ์อักษร และ 2) การสั่งงานด้วยวาจา

การสั่งงานการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดถึงแก่กรรมนั้นสามารถทำได้ 2 แบบ คือ 1) หัวหน้าหรือผู้ปวยมอบหมายงานให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติภายใต้ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของผู้ได้บังคับบัญชา โดยมีได้มอบอำนาจหน้าที่ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้ด้วย 2) หัวหน้าหรือผู้ปวยมอบหมายงานและอำนาจหน้าที่รับผิดชอบของตนไปให้ผู้ได้บังคับบัญชารับไปทำแทน (ตริงดา ทูมผลอำนาจ, 2536:49)

2. การประสานงาน (Co-ordination) ในการจัดองค์การพยาบาลย่อมจะมีการแบ่งงานออกเป็นหน่วยย่อยๆ หลายหน่วย แต่ถ้านำงานแต่ละหน่วยงานทำงานไม่ประสานกันต่างคนต่างทำงานก็จะไม่บรรลุเป้าหมายโดยส่วนรวม ดังนั้นจึงต้องมีการประสานงานกัน

การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงาน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน เกิดความขัดแย้งกันหรือเหลื่อมล้ำกัน ทั้งนี้เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องวัตถุประสงค์นโยบายของโรงพยาบาลนั้นอย่างสมานฉันท์และมีประสิทธิภาพ (กองการพยาบาล, 2539: 477)

วิธีการประสานงาน ในการปฏิบัติการพยาบาลปกติจะต้องเป็นไปตามระเบียบแบบแผนของการบริหารการพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคคลและองค์การอื่นๆ การประสานงานมี 2 ลักษณะดังนี้ 1) การประสานงานภายในองค์การ เช่น ภายในองค์การหรือหน่วยงาน และ 2) การประสานงานระหว่างองค์การหรือระหว่างหน่วยงาน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 89-90)

3. การนิเทศงาน (Supervision) คือ การตรวจตราและการนิเทศงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน เพื่อให้ผู้ป่วยใกล้ชิดถึงแก่กรรมได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยภาวะผู้นำ การสั่งการ หลักมนุษยสัมพันธ์ และการตั้งใจเป็นเครื่องมือในการอำนวยความสะดวก (วิเชียร ทวีลาภ, 2534: 13)

ขั้นตอนในการนิเทศงาน ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการนิเทศงาน 2) การรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลต่างๆ เพียงพอ 3) วางแผนการนิเทศงาน และ 4) ปฏิบัติตามแผนการนิเทศ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 80-81)

4. การจูงใจ (Motivation) หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ปวยจูงใจให้ผู้ได้บังคับบัญชาบรรลุเป้าหมายและเกิดความพึงพอใจ (Koontz and Wehrich, 1994: 463) แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคคลและมีความจำเป็นสำหรับทุกหน่วยงานที่ต้องหาวิธีการจูงใจผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ การดูแลผู้ปวยใกล้ชิดถึงแก่กรรมเป็นการปฏิบัติงานกับผู้ปวยในสภาพการทำงานที่น่าเบื่อหน่าย ดังนั้น หัวหน้าหรือผู้ปวยจะต้องสร้างแรงจูงใจให้บุคคลากรคงอยู่ในงานต่อไป และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การจักระบบการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การใช้กระบวนการพยาบาล 2) การมอบหมายงาน 3) การเยี่ยมตรวจ 4) การประชุมปรึกษา และ 5) การบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (พวงรัตน์ บุญญาบุษย์, 2536:12-13) มีรายละเอียดดังนี้

5.1 กระบวนการพยาบาล เป็นการกระทำหน้าที่ตามวิธีการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ปวยใกล้ชิดถึงแก่กรรมได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอนมีดังนี้

5.1.1 ขั้นรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนของการค้นหาข้อมูลพื้นฐานด้วยการประเมินสภาพและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ปวยหรือผู้รับบริการ

5.1.2 ขั้นวิเคราะห์ข้อมูลเป็นขั้นของการนำข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ มาให้ความหมายแยกแยะและเลือกข้อมูลที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อไป

5.1.3 ขั้นการให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หลังจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลแล้วทำการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

5.1.4 ขั้นการวางแผนพยาบาล เป็นการกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อตัดสินใจเลือกข้อปฏิบัติการพยาบาล

5.1.5 ขั้นการนำไปปฏิบัติคือ การปฏิบัติการพยาบาลจริงๆตามที่ได้วางแผนไว้ทั้งการพยาบาลและการรักษาพยาบาลโดยให้การปฏิบัติแก่ ผู้ปวยเป็นรายบุคคล

5.1.6 ขั้นการประเมินเพื่อการค้นหาว่าแผนการพยาบาลนั้นประสบผลสำเร็จตามจุดประสงค์หรือไม่

5.2 การมอบหมายงาน เป็นการดำเนินการให้บุคลากรพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับความรู้ ความสามารถเพื่อให้การพยาบาลเกิดคุณภาพได้

การมอบหมายงานพยาบาลภายในหอผู้ป่วย มีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ 1) การมอบหมายงานเป็นหน้าที่ 2) การมอบหมายให้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 3) การมอบหมายงานเป็นทีม 4) การมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ และ 5) การมอบหมายงานแบบผสม (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539:56)

5.3 การเยี่ยมตรวจการพยาบาล เป็นวิธีการปฏิบัติที่จะคงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้คงอยู่ได้ตามแนวทางเชิงวิชาชีพที่ถูกต้องเหมาะสม วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมตรวจคือ 1) เป็นการรักษาการติดต่อสัมพันธ์กับบุคลากรทุกคนที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย 2) เป็นโอกาสในการใช้การสังเกตความสามารถในการทำงาน โดยมุ่งค้นหาจุดเด่นจุดด้อยและจุดอ่อนของบุคลากร 3) เสาะหาข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อค้นหาความต้องการ และความคาดหวังในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ 4) เป็นการกระตุ้น ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรขณะปฏิบัติงานโดยการสร้างกำลังใจ สร้างความปรารถนาดีและสร้างความอบอุ่นใจส่วนบุคคล 5) เป็นการประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย 6) ช่วยให้มีการบริหารที่เป็นที่พึงพอใจแก่บุคคลโดยทั่วไป 7) เพื่อประกันการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการพึงพอใจ และ 8) เพื่อการประชาสัมพันธ์

5.4 การประชุมปรึกษากการพยาบาล เป็นการประชุมปรึกษาที่ใช้เทคนิคการแก้ปัญหาและกระบวนการกลุ่ม เพื่อหาแนวปฏิบัติที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยการเสนอแนะวิธีปฏิบัติแก่ผู้ป่วย แผนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และประเมินข้อตัดสินใจของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยไปแล้ว (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2525: 106)

วัตถุประสงค์ของการประชุมปรึกษากการพยาบาล มีดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการพยาบาล 2) เพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ใช้บริการ 3) เพื่อค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ 4) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้หรือข้อมูลต่างๆ ในการแก้ปัญหา 5) เพื่อช่วยสมาชิกที่มีประสบการณ์น้อยให้มีความเข้าใจอาการ และอาการแสดงของผู้ใช้บริการ ตลอดจนพฤติกรรมและการรักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการเฉพาะราย 6) เพื่อเปิดโอกาสให้แก่บุคลากรได้เรียนรู้การวางแผนให้การพยาบาลผู้ใช้บริการเฉพาะราย 7) เป็นการเรียนรู้เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนวิธีการใหม่ๆ 8) เพื่อนำความรู้ด้านทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติงาน และ 9) ทบทวนงานประจำต่างๆ ให้มีมาตรฐานสูงขึ้น (กองการพยาบาล, 2539)

5.5 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นวิถีทางที่ใช้แทนการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกที่มีสุขภาพ โดยแสดงให้เห็นถึงว่าอะไรได้ทำไปแล้วและสังเกตเห็นว่าอะไรเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม เป็นการชี้แจงเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร (กองการพยาบาล, 2539)

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะต้องแสดงลักษณะดังนี้ 1) แสดงลักษณะเฉพาะของงานการพยาบาลทั้งในปริมาณ และคุณภาพให้ปรากฏแก่ชุมชน 2) แสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล 3) ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดจะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถูกต้องทันเวลาและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง และ 4) ข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลจะต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างดีและต้องคงอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างถาวร (พวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์ และกุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2524:49)

1.2.4 การควบคุมงาน (Controlling)

1.2.4.1 ความหมายของการควบคุมงาน

ธงชัย สันติวงศ์ (2540 : 145) ให้ความหมายการควบคุมงาน หมายถึง การมุ่งให้เกิดความแน่ใจว่าผลงานที่ทำได้จริงนั้น ได้ผลตรงตามที่กำหนดไว้

โฮลท์ (Holt, 1990: 9) ให้ความหมายการควบคุมงาน หมายถึง การกำหนดมาตรฐานของการทำงาน ตรวจสอบการปฏิบัติงานกับมาตรฐานนั้นและปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้การปฏิบัติงานดีขึ้น

บูน และเคิร์ท (Boone and Kurtz, 1992: 7) ให้ความหมายการควบคุมงาน หมายถึง การวิเคราะห์งานอย่างต่อเนื่องและตรวจสอบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีการพัฒนาให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

สรุป การควบคุมงาน หมายถึง การประเมินผลความก้าวหน้าขององค์การโดยการกำกับดูแล ตรวจสอบ การติดตามผลการปฏิบัติงานกับมาตรฐานที่กำหนด ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเป็นไปตามแผนและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

1.2.4.1 กระบวนการควบคุมงาน

สมคิด บางโม (2538 : 210 – 211) เสนอว่า กระบวนการควบคุมงานขององค์กร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของงานให้ชัดเจน 2) กำหนดมาตรฐานของงาน 3) การวัดผลการปฏิบัติงาน 4) การเปรียบเทียบผลงานกับมาตรฐาน และ 5) การดำเนินการแก้ไข

สรุปในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยยึดแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการของ Holt (1990) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยความสะดวก และการควบคุมงาน หัวหน้าหรือผู้ป่วยจะต้องอาศัยการจัดการตามกระบวนการจัดการดังกล่าวเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามเป้าหมาย

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรม

2.1 ความหมายของภาวะใกล้ถึงแก่กรรม

ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เจ็บหนัก สิ้นหวังจากการรักษาและใกล้ถึงแก่ความตาย เป็นภาวะที่ต้องเผชิญกับวิกฤตของชีวิตอย่างรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (นพพร ทองธรรมชาติ และคณะ, 2540: 439)

ภาวะใกล้ถึงแก่กรรม ในความหมายเชิงจิตวิทยา หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิกฤตของชีวิต และจุดสุดท้ายจะนำไปสู่ความตาย (Aispach, 1998: 855)

ภาวะใกล้ถึงแก่กรรม เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ความตาย (Phipps et al., 1999: 176)

โดยสรุป ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เจ็บหนัก สิ้นหวังจากการรักษา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและภาวะวิกฤตของชีวิต รวมทั้งเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ความตายในที่สุด

2.2 ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

กรณีการ สุวรรณโคตร (2529:160-162) กล่าวถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ถึงแก่กรรม เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงเวลาของการไปสู่ความตาย มักจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนในการช่วยเหลือ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเจ็บหนักซึ่งมีอาการไม่คงที่เปลี่ยนแปลงเร็ว และเสี่ยงต่อความเป็นความตายสูง อาจตายได้โดยกะทันหัน
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค ที่มีอาการรุกรานของโรคและไม่สามารถควบคุมโรคและการทำงานของร่างกายได้ด้วยวิธีการรักษาที่มีอยู่
3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้ได้ผล และสามารถคาดการณ์ทำนายระยะการดำเนินต่อของโรคได้ค่อนข้างแน่นอน และอาจสิ้นสุดชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ เช่น ภายใน 6 เดือน หรือไม่เกิน 1 ปี จากสถิติที่มีอยู่
4. ผู้ป่วยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการทำงานภายในได้ ต้องใช้เครื่องช่วยประคับประคองชีวิตตลอดเวลา
5. ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการไม่อยู่ในขั้นที่ปลอดภัย หรืออาการดีขึ้นได้เพียงช่วงระยะสั้นๆ

2.3 ประเภทของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

สันต์ นัตติรัตน (2521) กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก (Serious ill patient) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่อวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบการไหลเวียนและระบบการหายใจ ซึ่งหมดหวังที่จะมีชีวิตรอด
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill patient) คือผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือด หรือไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
3. ผู้ป่วยที่หมดหวัง (Hopeless patient) คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ทำการรักษาให้ความเห็นว่าเป็นโรคที่แพทย์ปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการของภาวะใกล้ถึงแก่กรรม

คูเบอร์-รอส (Kubler-Ross, 1969) ได้อธิบายกระบวนการของภาวะใกล้ถึงแก่กรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

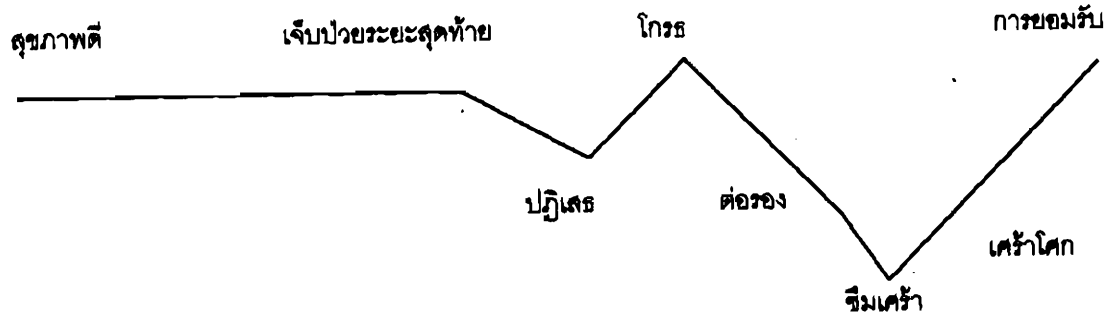
1. ระยะเวลาปฏิเสธและแยกตัว เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยของแพทย์ ผู้ป่วยมักจะมีการปฏิเสธและแยกตัว ไม่ยอมรับความจริง เช่น ผู้ป่วยพูดว่า " มันเป็นไปไม่ได้ ที่ฉันจะต้องตาย หรือไม่เชื่อ ไม่จริง โทษ " เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาเหล่านี้เป็นกลไกการป้องกันตัวของผู้ป่วยเพื่อทำให้ความกลัวตายลดน้อยลง รวมทั้งเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความต้องการการดูแล

2. ระยะโกรธ เมื่อระยะแรกของการปฏิเสธได้สิ้นสุดลง ความรู้สึกโกรธจะประดังขึ้นมา มีทั้งดุร้าย อิจฉาริษยาและต่อต้าน ระยะนี้ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเกิดความยากลำบากกว่าระยะแรกความโกรธของผู้ป่วยจะพุ่งขึ้นมาไม่ว่าสาเหตุใดๆก็ได้ ลักษณะความโกรธของผู้ป่วยบางกรณีจะมีการแสดงการเรียกร้องความสนใจจากแพทย์พยาบาล และครอบครัว

3. ระยะต่อรอง ระยะนี้เป็นระยะสั้นๆ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถต่อสู้กับความจริงที่แสนเศร้าในระยะแรกได้ จะเกิดความโมโหกับคนรอบข้าง บางทีจะเข้าสู่ระยะที่สามเลยก็ได้ โดยไม่ต้องผ่านระยะที่สอง การต่อรองของผู้ป่วยมักจะเป็นการต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การวิงวอนต่อพระเจ้าเพื่อขอยืดระยะเวลาของการมีชีวิตออกไป นอกจากนี้ยังมีความคาดหวังที่จะหาย

4. ระยะซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมไม่สามารถที่จะปฏิเสธต่อความเจ็บป่วยของตนเองต่อไปได้ จะเกิดอาการซึมเศร้า อ่อนเพลียมากขึ้น ผู้ป่วยจะเลิกโกรธเลิกต่อรอง แต่จะมีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง เกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวและซึมเศร้าขึ้นมาแทน ถ้าผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือให้แสดงออกเกี่ยวกับความเศร้าโศกของเขา ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตาย และมีความรู้สึกสงบสุขก่อนตายได้

5. ระยะยอมรับ เมื่อการเจ็บป่วยได้ผ่านเข้ามาในระยะเวลาอันสมควร ผู้ป่วยจะเข้าใจชะตาชีวิตของตนได้ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกใดๆทั้งสิ้นคล้ายๆกับว่าความเจ็บปวดทุกข์ทรมานได้หมดสิ้นไปแล้ว การต่อสู้ทั้งหมดไปด้วยทำให้ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเกิดการยอมรับ และเริ่มพบกับความสงบและยอมรับความตายได้



แผนภูมิที่ 1 แสดง 5 ระยะของภาวะโกล้ถึงแก่กรรม (Kubler-Ross, 1975)

ที่มา : Carson, V. B. Spiritual Dimensions of nursing Practice. Sydney: W.B.Saunders, 1989.

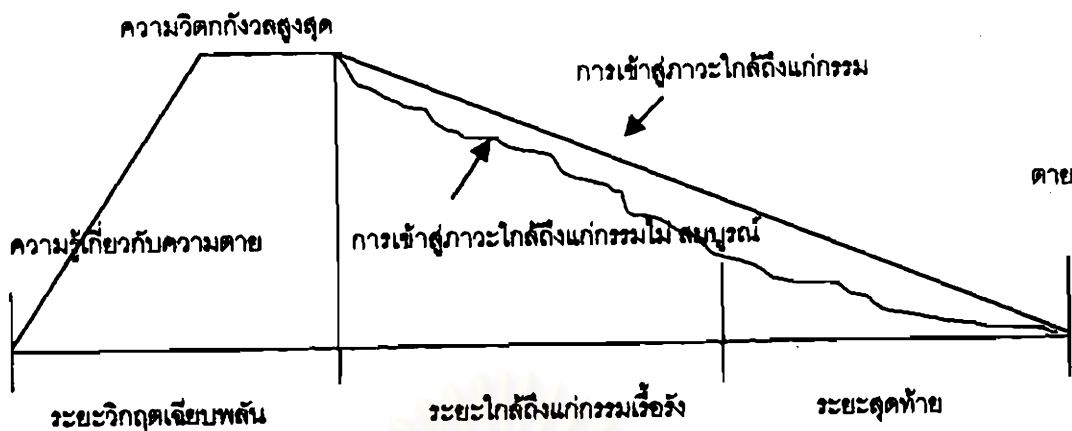
สรุป แนวคิดของ Kubler-Ross จากภาพจะเห็นได้ว่า บุคคลเมื่อรับรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยของโรคว่าตนมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เจ็บหนักไม่สามารถรักษาได้และจะต้องตายจะแสดงพฤติกรรมการตอบสนองและปฏิกิริยาของอารมณ์ต่างๆ กัน ในระยะแรกจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงและแยกตัวซึ่งเป็นปฏิกิริยาการป้องกันตนเองของผู้ป่วยเพื่อทำให้ความกลัวตายลดน้อยลง เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้เกิดความรู้สึกโกรธโดยไม่มีสาเหตุ เกิดการต่อต้านโทษบุคคลที่เกี่ยวข้อง ต่อมาเมื่อความโกรธลดน้อยลงจะมีการต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือศาสนาที่ตนนับถือเพื่อขอยืดชีวิตออกไปอีกจะเกิดอาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า และหดหู่หลังจากปรับตัวได้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญกับความตายและยอมรับความตายได้ในที่สุด

นอกจากนี้ แพททิสัน (Pattison, 1977 Quoted in Backer et al., 1994: 32) ได้แบ่งระยะของกระบวนการภาวะโกล้ถึงแก่กรรมออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Acute crisis phase) ระยะโกล้ถึงแก่กรรมเรื้อรัง (Chronic living-dying phase) และระยะสุดท้าย (Terminal phase) ดังนี้

1. ระยะวิกฤตเฉียบพลัน เป็นระยะที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะวิกฤตแห่งความตาย ผู้ป่วยมักใช้กลไกป้องกันทางจิต เช่น การปฏิเสธการรับรู้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง อารมณ์โกรธเป็นอารมณ์เด่นที่เกิดขึ้นในช่วงระยะนี้

2. ระยะโกล้ถึงแก่กรรมเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อได้ไม่นาน ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวกับการเผชิญกับความตาย เช่น กลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ คือ ความตาย และสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังความตาย กลัวการสูญเสียในทัศนแห่งตน กลัวการควบคุมตนเองไม่ได้ และกลัวความเจ็บปวด ผู้ป่วยมักจะมีปฏิกิริยาเศร้าโศกเสียใจ

3. ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่รู้ว่าจะความตายได้ใกล้เข้ามามากผู้ป่วยและญาติรู้สึกทั้งหมดแม้ว่าจะกำหนดเวลาของระยะนี้ได้มาก ระยะนี้เป็นระยะที่มีการรักษาใช้ไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีจากสิ่งแวดล้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวลและความเศร้าซึมลดน้อยลง



แผนภูมิที่ 2 แสดง ระยะของภาวะโกล้งถึงแก่กรรมของ Pattison (1977)

ที่มา: Backer, B. A., and others. Death and Dying: Understanding and Care. New York: Delmar, 1994.

สรุป แนวคิดของของแพททิสัน จากภาพแสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลรับทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยของโรคว่าไม่สามารถรักษาได้และรู้ว่าตนเองจะต้องตาย ในระยะแรกจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงและถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ผู้ป่วยจะเกิดความกลัวตาย กลัวความเจ็บปวดและเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ความวิตกกังวลค่อยๆลดลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ถ้าพยาบาลไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยโกล้งถึงแก่กรรมทั้งด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยโกล้งถึงแก่กรรมแล้ว มักจะหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยโกล้งถึงแก่กรรม (Wheeler,1980) กลัวว่าผู้ป่วยจะซัดตามเกี่ยวกับโรคและการรักษาและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ ทำให้รู้สึกหมดกำลังใจ เกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติงาน ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่คอยให้คำแนะนำ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนสร้างแรงจูงใจเพื่อให้พยาบาลมีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโกล้งถึงแก่กรรม

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโกล้งถึงแก่กรรม

ผู้ป่วยอาการหนักและโกล้งถึงแก่กรรมพยาบาลต้องให้ความสนใจตั้งใจดูแลให้การพยาบาลอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

ฟาริดา อิบราฮิม (2532) กล่าวว่า พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยโกล้งถึงแก่กรรมอย่างเหมาะสม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นคนของผู้ป่วย ระลึกถึงสิทธิของผู้ป่วยเพื่อสนอง

ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีและคงคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ ได้แก่

1. ให้เขาได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีได้รับความเคารพและยังดำรงคุณสมบัติของมนุษย์อย่างครบถ้วน
2. ให้เขาได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
3. ให้เขาได้รับความรักและผลประโยชน์เยี่ยงคนปกติ ครอบครัว เพื่อนฝูงควรมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอให้เกิดความมั่นใจ
4. ให้เขาและครอบครัวได้วางแผนร่วมกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่มีวันกลับ
5. ให้เขาได้ตายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยหรือบรรยากาศที่คล้ายคลึงกัน
6. ครอบครัวได้มีโอกาสแสดงความรัก ความอาทร ห่วงใยต่อเขาตามธรรมชาติของผู้ที่เกิดความรู้สึกสูญเสีย
7. ผู้ป่วยควรมีโอกาสได้สร้างสัมพันธ์ ได้แสดงความปรารถนาและความรู้สึกรักใคร่ต่อคนที่เขารัก

روبินส์ และมอสครอป (Robbins and Moscrop, 1995) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและครอบครัว ไว้ดังนี้

1. การดูแลทางด้านร่างกาย
 - 1.1 การดูแลเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้และอาเจียนอาการคลื่นไส้ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม มีสาเหตุทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายอ่อนเพลียและมีเมื่อย พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านสาเหตุและให้การดูแลเรื่องความสะอาดของปากและฟัน รวมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพูดคุยเพื่อให้ระบายความวิตกกังวลออกมา
 - 1.2 การดูแลให้มีการขับถ่ายเป็นไปอย่างปกติ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม คือ อาการท้องผูก เป็นผลมาจากผู้ป่วยอ่อนเพลีย และขาดการออกกำลังกาย ได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาจเป็นผลจากการรักษา เช่น ยาแก้ปวด ทำให้ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้เกิดอาการท้องผูกได้ จึงควรป้องกันโดยให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างพอเพียง ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายตามสภาพ
 - 1.3 การดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่อาการหนักไม่รู้สึกตัวกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือสาเหตุจากเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

1.4 การควบคุมความสมดุลของอาหารและน้ำ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต มีความวิตกกังวลสูง เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว รับประทานอาหารได้น้อยไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย พยาบาลควรแนะนำญาติให้นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ผู้ป่วยรับประทาน

1.5 การดูแลผิวหนังและป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเสี่ยงต่อแผลกดทับ เนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ของร่างกายลดลง ได้แก่ ระบบการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี ขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียมากทำให้เคลื่อนไหวได้น้อย ได้แต่นั่งหรือนอนบนเตียงนานๆ ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย พยาบาลควรดูแลป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับโดยประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม เช่น ในผู้ป่วยบางรายที่ก้นปัสสาวะไม่ได้ควรสวนคาสายปัสสาวะไว้และดูแลความสะอาดของผิวหนัง

1.6 การดูแลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมมีการเคลื่อนไหวได้น้อย เนื่องจากระบบกล้ามเนื้อและกระดูกผิดปกติหรือเกิดจากมะเร็งระยะลุกลามไปกดทับประสาทไขสันหลัง หรือผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ และอยู่ในท่าที่เหมาะสมได้รับความสุขสบาย

1.7 การดูแลเกี่ยวกับการหายใจ ต้องดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง หากมีสิ่งขับหลัง เสมหะไปจุดตันทำให้ทางเดินหายใจไม่โล่งต้องใช้เครื่องดูดออก ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

1.8 การป้องกันอันตราย ในผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่ายอาจเกิดอันตรายได้ง่าย จำเป็นต้องป้องกันอันตรายโดยการยกเหล็กกันเตียงขึ้น หรือผูกยึดแขนขาไว้บ้างโดยกระทำอย่างถูกต้องไม่ก่อให้เกิดรอยแผล

1.9 การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน ผู้ป่วยที่ริมฝีปากแห้งให้ทำด้วยกลีเซอรินหรือทาด้วยลิปกลอส

1.10 การดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ผู้ป่วยที่อาการหนักบางรายปวดทุรนทุราย ควรให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามอาการ ผู้ป่วยอาจนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น

2. การดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมมีความต้องการด้านจิตใจ สาเหตุมาจากผู้ป่วยมีความหวาดกลัว วิตกกังวลและว้าเหว่ บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ยิ้มแย้ม ทักทายผู้ป่วยสอบถามถึงความต้องการเพื่อให้การดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์

3. การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

3.1 พยายามให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโดยการแนะนำ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

3.2 พยายามให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

3.3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน

3.4 อำนวยความสะดวกโดยการจัดหาที่พัก หรือห้องเพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้พักผ่อนใกล้ๆผู้ป่วย รวมทั้งอำนวยความสะดวกในเรื่องอาหาร เครื่องดื่ม และสถานที่อาบน้ำ

3.5 ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจทางศาสนาตามที่ยุติธรรมและครอบครัวยึดถือปฏิบัติ

3.6 จัดสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาและระบายความรู้สึก

3.7 พยายามคอยให้ความช่วยเหลือแสดงความห่วงใย และไม่ทอดทิ้งครอบครัวผู้ป่วย

4. การจัดการด้านระบบการพยาบาล

4.1 การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม กำหนดเป้าหมายของการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ จากนั้นทำการประเมินประสิทธิผลการพยาบาล รวมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4.2 สนับสนุนให้พยาบาลมีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการบันทึกเวลาตายของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

4.3 เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมจัดการศพตามพิธีกรรมทางศาสนาที่ยุติธรรมยึดถือปฏิบัติ

4.4 ในกรณีที่ เป็นศพดีความเมื่อมีการชันสูตรศพ ควรลงบันทึกรายงานให้ถูกต้องตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล และถูกต้องตามหลักกฎหมาย

5. การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

5.1 จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่เหมาะสมเพื่อให้เจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 จัดอาคารสถานที่สำหรับแพทย์ พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยได้พูดคุย สอบถามปัญหา และข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

5.3 จัดห้องให้บุคลากรพยาบาลได้พักเพื่อผ่อนคลายอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดในขณะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรม

6. การสนับสนุนด้านจิตใจบุคลากรพยาบาล

บุคลากรพยาบาลที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักจากการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และผู้ป่วยถึงแก่กรรมมักก่อให้เกิดความเครียดในงาน การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ร่วมงาน จากพยาบาลอาวุโสโดยการสอบถาม และรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น การพูดคุยเพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมา รวมทั้งให้คำแนะนำ อธิบาย ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม อันจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ลอธ ดันติศิริรินทร์ (2523) กล่าวถึง การช่วยเหลือญาติและครอบครัวผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ดังนี้

1. พยาบาลต้องเข้าใจ และยอมรับปฏิกิริยาของญาติครอบครัวที่มีต่อการสูญเสีย เพราะบางครั้งครอบครัวอาจกล่าวหาแพทย์หรือพยาบาลว่าไม่สนใจผู้ป่วยโดยพยาบาลไม่แสดงปฏิกิริยาได้ตอบ พยาบาลควรปลอบใจญาติ และแสดงให้เห็นว่าญาติได้พยายามช่วยเหลือผู้ป่วยจนถึงที่สุดแล้ว

2. การติดต่อสื่อสาร พยาบาลควรติดต่อกับญาติผู้ป่วยสม่ำเสมอเพื่อบอกความก้าวหน้าของโรค

3. การเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็นต่อการรักษาร่วมกับแพทย์ และพยาบาล

5. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น หรือระบายความรู้สึก ระบายความวิตกกังวลออกมา เพื่อช่วยให้ญาติลดความเครียดลง

6. พยาบาลควรให้ความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย กรณีที่ญาติหรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายต้องการทำพิธีทางศาสนาที่ตนนับถือ หรือกระทำตามความเชื่อทางประเพณีและสังคม

พยาบาลช่วยเหลือให้ความสะดวกแก่ญาติหรือผู้ป่วย เช่น การจัดสถานที่ที่เหมาะสมหรือการติดต่อประสานงานให้ตามสมควร

7. การช่วยเหลือญาติ และให้กำลังใจญาติและครอบครัวผู้ป่วยให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติโดยให้ความช่วยเหลือตามที่สามารถจะทำได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว พยาบาลควรช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการรับศพ การทำพิธีทางศาสนา การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในกรณีที่ญาติมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยการแนะนำ หรือส่งไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยยึดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและครอบครัวผู้ป่วยของ روبินส์ และมอสครอป (Robbins and Moscrop, 1995) ซึ่งประกอบด้วย การจัดสภาพแวดล้อม การสนับสนุนด้านจิตใจของบุคลากรพยาบาล การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย และการจัดระบบการพยาบาล

2.6 ความหมายของผู้ป่วยถึงแก่กรรม

ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการรักษาให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปได้อีก เนื่องจากสภาพกลไกการทำงานของร่างกายสิ้นสุดลง (นพพร ทองธรรมชาติ และคณะ, 2540: 439)

ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของระบบประสาท ระบบการไหลเวียนของเลือดและระบบการหายใจ (Sullivan et al., 1999: 37)

ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หมายถึงการที่ผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้นและสมองตาย (Hall, 1995: 461)

สรุป ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการรักษาให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปได้อีกเนื่องจากการทำงานของระบบประสาท ระบบการไหลเวียนของเลือด และระบบการหายใจสิ้นสุดลง ได้แก่ ผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้นและสมองตาย

ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยถึงแก่กรรม

แมน จิงคตานูวัฒน์ (2536: 136 -141) กล่าวว่า ชีวิตของมนุษย์ดำรงอยู่ได้ด้วยการทำงานของอวัยวะสำคัญๆ อยู่ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนของเลือดและระบบหายใจ

ระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย สมองและเส้นประสาท สมองเป็น ศูนย์บัญชาการควบคุมการทำงานของอวัยวะทั่วร่างกาย รวมทั้งการเต้นของหัวใจและการหายใจ โดยผ่านทางระบบประสาทอัตโนมัติ

ระบบไหลเวียนของเลือด ประกอบด้วย หัวใจและหลอดเลือด หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งสมองและปอด

ระบบหายใจ ประกอบด้วย ปอด หลอดลมและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจ ระบบทั้งสามระบบดังกล่าวนี้ทำงานสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดถ้าระบบใดระบบหนึ่งขัดข้องไม่ทำงาน จะกระทบไปถึงอีกสองระบบให้หยุดทำงานไปด้วย เมื่อทั้งสามระบบหยุดทำงานผลก็คือ การสิ้นชีวิตหรือการตาย

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับความสูญเสีย (LOSS)

2.7.1 ความหมายของความสูญเสีย

ความสูญเสีย หมายถึง ภาวะที่บุคคลขาดหรือไม่มีสิ่งที่มีค่าสำหรับตนเอง ซึ่งครั้งหนึ่งเคยมี (Ignatavicius, 1991 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ ชุณหปภาณ, 2541: 285)

ความสูญเสีย หมายถึง การสูญเสียเกี่ยวกับการตายของบุคคลที่เรารัก การพรัดพราก การสูญเสียความทรงจำ การสูญเสียความหวัง การสูญเสียอำนาจและความอิสระ ตลอดจนสูญเสียความปลอดภัย (Phipps et al., 1999: 65)

สรุป ความสูญเสีย หมายถึง การสูญเสียเกี่ยวกับการตายของบุคคลที่เรารัก การพรัดพรากหรือการสูญเสียความหวัง หรือภาวะที่บุคคลขาดหรือไม่มีสิ่งที่มีค่าสำหรับตนเอง ซึ่งครั้งหนึ่งเคยมี

2.7.2 ชนิดของความสูญเสีย (Types of Loss)

พวงเพ็ญ ชุณหปภาณ (2541: 284) ได้แบ่งชนิดของความสูญเสียได้ 3 ชนิด คือ

1) ความสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก (Loss of loved one) ความสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักนั้นเป็นความเครียด และเป็นทุกข์ที่คนเราจะต้องอดทนมากที่สุด ความสูญเสียนี้เกิดจากการหย่าร้าง การต้องจากไปไกล การตัดขาดทางจิตใจและอารมณ์ บางครั้งเกิดจากการแบ่งแยกประเทศ นอกจากนี้ความสูญเสียที่เกิดจากการตายของบุคคลที่รัก เนื่องจาก

ความใกล้ชิดสนิทสนม ความรัก ความสูญเสียคู่สมรสหรือบุตร เป็นภาวะที่ทุกข์ทรมานทางอารมณ์เป็นอย่างมาก

2) ความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (Loss of self) ความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง ความสูญเสียที่มีต่อสภาวะทางจิตใจที่ปรากฏเป็นตัวของเราเองทั้งหมด ได้แก่ ร่างกาย บุคลิกภาพ เป็นภาพลักษณ์ที่คนเรามีต่อความมีเสน่ห์ ความมีค่าในตัวเอง ความสามารถทางร่างกายและจิตใจ บทบาทในชีวิต และผลกระทบต่อโลก ความสูญเสียนี้อาจจะเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด เป็นชั่วคราวหรือถาวรกรณีสุขภาพไม่ดี ไม่ปกติ ถือว่าเป็นความสูญเสียอย่างหนึ่ง การสูญเสียการได้ยิน การเห็น ความจำ ออานาจทางสติปัญญา ทั้งหมดล้วนแต่เป็นการสูญเสียตนเองทั้งสิ้น

3) ความสูญเสียสิ่งของ (Loss of Objects) ความสูญเสียวัตถุที่ตนครอบครองอยู่ ได้แก่ เครื่องประดับ เงิน เพชรนิลเจียร บ้าน ที่ดิน เนื่องจากถูกโจรกรรม ความสูญเสียนี้ต้องอาศัยเวลาในการปรับตัว แต่ความสูญเสียแบบนี้ไม่มีผลกระทบต่อความสูญเสียผู้ที่รักและความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

2.8 ความเศร้าโศก (Grief)

ความเศร้าโศก หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งมีสาเหตุจากการเสียบุคคลหรือสิ่งมีค่าโดยแสดงออกในความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม (รศพร ประทุมวัน, 2534:34)

ความเศร้าโศก หมายถึง ความทุกข์เพราะความตายทำให้เกิดความเสียใจ และคับแค้นใจ (ทวี ผลสมภพ และ ชัยวัฒน์ อัดพิพัฒน์, 2531: 98-99)

ความเศร้าโศก หมายถึง ความเศร้าโศกเสียใจเนื่องมาจากความทุกข์ทรมานด้านจิตใจหรือความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากความตาย การสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่บางส่วน ของร่างกาย การสูญเสียอาชีพ สถานภาพหรือความเป็นตัวของตนเอง (Keane, 1997)

สรุป ความเศร้าโศก หมายถึง ความเศร้าโศกเสียใจเนื่องมาจากความทุกข์ทรมานด้านจิตใจหรือความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากความตายหรือการพลัดพรากเป็นสภาวะการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลโดยแสดงออกในความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่า ญาติและครอบครัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม บางครอบครัวไม่สามารถยอมรับความสูญเสียผู้ป่วยได้ จะแสดงอารมณ์โกรธ ไม่ยอมรับความจริง และร้องไห้คร่ำครวญ พยายามที่ต้องเผชิญกับความเศร้าโศกของญาติผู้ป่วยและไม่เข้าใจในเรื่องของภาวะทุกข์โศก และการสูญเสียของบุคคลแล้วจะก่อให้เกิดความลำบากใจ รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เกิดความวิตกกังวลจึงมักหลีกเลี่ยงการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการกระตุ้น ชี้แนะให้พยาบาลได้พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก รวมทั้งสนับสนุนให้พยาบาลให้ความช่วยเหลือญาติและครอบครัวผู้ป่วย และสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

3. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

กองการพยาบาล (2539 :38 – 41) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

1. ด้านบริหารการพยาบาล

1.1 บริหารงานบริการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย

1.1.1 เป็นผู้นำในการกำหนดปรัชญา นโยบาย วัตถุประสงค์ และพันธกิจทางการพยาบาลในหน่วยงาน สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการนำไปเป็นแนวทางในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงาน

1.1.2 กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขท้องถิ่น โดยให้สอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่มงานมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานที่ส่วนกลางกำหนด

1.1.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา เป็นที่พอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและญาติ

1.1.4 จัดการให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในหน่วยงานได้รับข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เกิดประโยชน์ต่อการวางแผน ประเมินการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง รวมทั้งลดความเสี่ยงทางการเงินด้วย

1.1.5 จัดระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย ให้มีความคล่องตัวต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ มอบหมายงานให้เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถของบุคลากร ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการพยาบาล ประสานแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผล และทบทวนแผนการรักษา

1.1.6 กำหนด และควบคุมกำกับให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การเตรียมรับและจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ตรวจวินิจฉัยต่างๆ การใช้แผน และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย

1.1.7 ติดตามประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 การบริหารบุคลากรในหอผู้ป่วย

1.2.1 จัดตารางเวรเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับปริมาณงานด้วยการจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมแต่ละเวร โดยเจ้าหน้าที่แต่ละคนควรมีเวลาปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ และมีเวลาพักผ่อนเพียงพอ

1.2.2 จัดระเบียบการลาป่วย ลาพัก ลาพักผ่อนให้เหมาะสมสอดคล้องกับระเบียบการลาของกลุ่มงานเพื่อให้ง่ายต่อการจัดระบบอัตรากำลังที่คล่องตัว

1.2.3 พัฒนา และฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุก

ระดับ

1.2.4 ตรวจสอบ นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

1.3 การบริหารงานนโยบายทั่วไป

1.3.1 ควบคุมกำกับดูแล จัดหา วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็นในด้านการรักษาพยาบาล มีปริมาณเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ได้ทันที มีระบบการเก็บรักษา และควบคุมการใช้จ่ายอย่างประหยัด

1.3.2 ควบคุมกำกับดูแล และสั่งการเรื่องความสะอาดในหอผู้ป่วย ให้ปลอดภัยจากการแพร่กระจายของโรค

1.3.3 สร้างเสริมสัมพันธภาพ และการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนผู้มาติดต่องานต่างๆ

2. ด้านวิชาการ

2.1 ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ทุกระดับในหน่วยงาน

2.2 ร่วมดำเนินการอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่เจ้าหน้าที่

2.3 วิเคราะห์และศึกษาปัญหาต่างๆเพื่อปรับปรุงแก้ไขงานด้านบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.4 จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

2.5 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นโดยทั่วถึง

2.6 เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ
การพยาบาล

2.7 เป็นผู้ประสานงานกับอาจารย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จัดฝึกภาคปฏิบัติ
ให้สอดคล้องกับทฤษฎี

2.8 ปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

3. ด้านบริการพยาบาล

ลักษณะปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล ให้ศึกษาตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด สัดส่วนการปฏิบัติงานด้านบริการจะน้อยกว่าผู้ปฏิบัติอื่น แต่หน้าที่หลักส่วนใหญ่จะเน้นไปด้านการบริหารบริการพยาบาลในหน่วยงาน

กฤษยา ตันติผลลาชีวะ (2539) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ไว้หลายบทบาท ดังนี้

1. เป็นผู้บริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นในการที่จะดำเนินการพยาบาลในระดับหอผู้ป่วยให้เป็นไปตามจุดประสงค์ของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการพยาบาล โดยจะเป็นผู้ทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับงานต่างๆ ในหอผู้ป่วย เช่น การจัดสรรทรัพยากรกำลังที่เหมาะสมในแต่ละเวร จัดความพร้อมด้านวัสดุเครื่องมือเวชภัณฑ์และยาให้พร้อมใช้ รวมทั้งเป็นผู้นิเทศ
3. เป็นผู้ประสานการรักษายาบาล ติดตามประเมินผลตรวจผลงานของแต่ละเวร ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยทุกคนในหอผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลมีผลที่ดีถึงต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง
4. เป็นผู้สนับสนุนประสิทธิภาพการพยาบาล โดยเป็นผู้ดูแลและตรวจสอบการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ด้วยการติดตามประเมินผล ตามแผนการรักษาและกำกับดูแลให้ผู้ป่วยได้รับมอบหมายผู้ป่วยได้ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการรักษา
5. เป็นนักพัฒนา โดยเป็นตัวจักรสำคัญในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงคุณภาพการพยาบาล การสร้างภาพลักษณ์ของวิชาการ มีการนำเสนอข้อมูลใหม่ทางการพยาบาล มีการวิจัยหรือมีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาล
6. เป็นผู้รักษาสวัสดิภาพของผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลให้ความถูกต้อง และความเป็นธรรมแก่ผู้ป่วยในการรักษายาบาลตามสิทธิมนุษยชนที่พึงจะมี หรือปฏิบัติต่อกัน ให้ความปลอดภัยและช่วยเหลือตามควรแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหา
7. เป็นครู โดยเป็นตัวอย่างของพยาบาลที่สำคัญ เป็นผู้สอนวิชาการ และสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาล รวมถึงนักศึกษาพยาบาลด้วย

นอกจากนี้ รายนีฮาร์ท (Rinehart, 1969) ได้แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้เป็น 4 ด้านใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (planning) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดให้มีการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานการพยาบาล พร้อมทั้งดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาล โดยการมอบหมายงานการดูแลผู้ใช้บริการให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลตามความสามารถของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ตามลักษณะอาการและความต้องการการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

2. การจัดระบบงาน(organizing) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินและวิเคราะห์ความต้องการด้านอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วยของตน โดยพิจารณาถึงจำนวนผู้ใช้บริการ ลักษณะอาการ ระยะเวลาที่ผู้ใช้บริการอยู่ในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล พร้อมทั้งการจัดตารางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เพียงพอและเหมาะสมตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนรายงานหัวหน้าพยาบาลหรือพยาบาลนิเทศให้ทราบถึงความต้องการด้านอัตรากำลังในหน่วยงานของตนเอง

3. การอำนวยการ (directing) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดให้มีการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยร่วมการตรวจเยี่ยมร่วมกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและร่วมในการอภิปรายปัญหาของผู้ใช้บริการ จัดให้มีระบบการจดบันทึกและรายงานที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ทั้งยังให้ความร่วมมือและประสานงานกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการอย่างเต็มที่ สำหรับการนิเทศงานแก่บุคลากรนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรจะเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพอันดีกับเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ สามารถเป็นที่ปรึกษาปัญหาทั้งส่วนตัว และหน้าที่การงานแก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล

4. การควบคุมงาน (controlling) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการพยาบาล โดยการสังเกตจากลักษณะอาการของผู้ใช้บริการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำได้ในขณะเยี่ยมตรวจแต่ละครั้งพร้อมกับการสอน หรือสาธิตเทคนิควิธีการพยาบาลใหม่ๆแก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการในรายที่ต้องการทักษะในการพยาบาลเป็นพิเศษด้วย

จากหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในกาปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมกระบวนการจัดการทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยการและการควบคุมงาน

4. การรับรู้ของพยาบาลประจำการต่อการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

4.1 ความหมายของการรับรู้

นักการศึกษาและนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายของการรับรู้ให้แตกต่างกัน ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New Universal dictionary, 1977) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

โยฮัน คันสตันยท และคณะ (2533) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การตีความหมายการรับสัมผัสออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความ หรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายหรือกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

จักรี นพเกต (2540) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง ขบวนการประมวลและตีความข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่รอบๆ ตัวเราโดยผ่านอวัยวะรับความรู้สึก สิ่งมีชีวิตทุกชนิดจะมีความรู้สึกตอบโต้ต่อสิ่งที่มากระตุ้น

จากแนวคิดของการรับรู้ดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง ขบวนการตีความหมายการรับสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วยแล้วแสดงออกเป็นความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

การรับรู้ของพยาบาลประจำการต่อการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของพยาบาลประจำการ อันเนื่องมาจากการตีความหมายการรับสัมผัสของร่างกายกับการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยอาศัยประสบการณ์ทำงานและการเรียนรู้ช่วยแปลความหมาย

เนื่องจากในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือสิ้นหวังจากการรักษา ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต และสมควรได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะสอดคล้องกับความต้องการ และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จากแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมดังที่กล่าวมา จึงสรุปการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ดังนี้

4.2 การวางแผน

4.2.1 การสนับสนุนด้านกายภาพ

วนิกา ว่องวัจนะ (2535) ได้ให้ความหมายของสภาพแวดล้อมด้านกายภาพว่า หมายถึง สภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในที่ทำงาน ประกอบด้วย แสงสว่าง เสียง สภาพอากาศ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการทำงาน ห้องทำงาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติงาน

วิไลพร มณีพันธ์ (2539) ได้ให้ความหมายของสภาพแวดล้อมด้านกายภาพว่า หมายถึง สภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในที่ทำงาน ประกอบด้วย แสงสว่าง เสียง สภาพอากาศ ห้องปฏิบัติงานและอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

สรุปการวิจัยครั้งนี้ สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย แสงสว่าง สภาพอากาศ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและสิ่งที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมนับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตและเป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ในการรักษาเพื่อช่วยชีวิต การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเป็นงานที่ต้องปฏิบัติต่อชีวิตมนุษย์และจำเป็นจะต้องมีวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ จัดวางให้เป็นระเบียบ และสะดวกต่อการใช้งานจะช่วยให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ (Patel, 1994)

นอกจากนี้ ความคล่องตัวของพัสดุ อุปกรณ์ จะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (กุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2539: 50) แต่ในทางตรงข้ามหากวัสดุ อุปกรณ์มีจำนวนไม่เพียงพอ ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้และไม่พึงพอใจในงาน เพราะไม่สามารถปฏิบัติงานตามที่คาดหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซอลเยอร์ (Salyer, 1995) ที่พบว่า องค์การที่มีวัสดุ อุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาล และ

การมีวัสดุ อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานจะทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์ (2539) ได้กล่าวไว้ว่า การที่ผู้บริหารการพยาบาลมีการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้อยู่เสมอ และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานจะช่วยกระตุ้นให้พยาบาลมีความสุขกับการทำงาน

4.2.2 การสนับสนุนด้านจิตใจ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรมเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาสภาวะอาการของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อการช่วยชีวิตและสภาวะจิตใจของญาติ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบ และก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจเป็นอย่างมากต่อพยาบาล (ลออ หุตางกูร, 2521) นอกจากนี้พยาบาลจะต้องเผชิญกับความโกรธ ความเศร้าโศก ความสูญเสียของญาติและครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม (Degner and McClement, 1995)พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการตายของผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและขาดการสนับสนุนด้านจิตใจจากหน่วยงานจะทำให้เกิดอาการเบื่อหน่าย (Bram and Katz, 1989 Quoted in Feldstein and Gemma, 1995) และกระทบไปถึงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่เสื่อมโทรม (สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2541: 144) นอกจากนี้พยาบาลที่ขาดความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเกิดทัศนคติที่ไม่ดีส่งผลให้พยาบาลหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง (Degner and McClement, 1995)

นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ สถานที่ที่ทำงาน แสงสว่าง บรรยากาศในการทำงานที่ไม่สนับสนุน และทั้งวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ไม่เพียงพอจัดวางไว้ไม่เป็นระเบียบ และไม่สะดวกต่อการใช้งาน จะทำให้พยาบาลเกิดความท้อแท้และไม่พึงพอใจในงานเพราะไม่สามารถปฏิบัติงานตามที่คาดหวังได้สำเร็จ และจากการศึกษาของ รสพร ประทุมวัน (2534) พบว่า บรรยากาศการทำงานที่สนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และพยาบาลที่ต้องพบกับ การตายของผู้ป่วยจำนวนมาก และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่จะต้องพบกับความเศร้าโศกของญาติผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากผู้บริหารส่งผลให้ความเครียดของพยาบาลลดลง (Doka, 1989)

4.2.3 การสนับสนุนญาติและครอบครัวผู้ป่วย

Kubler – Ross (1969) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม ครอบครัวผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจกับสถานการณ์น้อยมากทำให้เกิดความโกรธ และสิ้นหวัง ภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมพยาบาลกลับทอดทิ้งครอบครัวผู้ป่วยในทันทีโดยไม่สนใจความขมขื่น ความโกรธ แม้กระทั่งความรู้สึกท้อแท้ร่างกายของญาติและผู้ใกล้ชิด และจากการศึกษาของ อูไรพร พงศ์พัฒนาภาณี (2532) พบว่า ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก

การศึกษาของ เดกเนอร์และแมคเคลิเมน (Degner and McClement, 1995) พบว่า การตอบสนองความต้องการของญาติและครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมพยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแก่ครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนให้เวลาญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแรนด์ (Rando, 1988 Quoted in Riley and Coolican, 1999) ที่พบว่า ภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล ต้องการเวลาที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพื่อกล่าวคำลา ซึ่งจะช่วยให้ญาติและครอบครัวยอมรับความจริงของความสูญเสียได้

พยาบาลนอกจากจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วยังต้องให้ความช่วยเหลือญาติและครอบครัวผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมจะมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตของสมาชิกครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือความยุ่งยากใจที่มีอยู่ เพื่อให้ญาติและครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับสมดุลความวิตกกังวลได้ โดยการให้ข้อมูล การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ตลอดจนการกระทำพิธีกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือปฏิบัติ ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องสนับสนุนพยาบาลโดยมุ่งช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยให้บรรเทาความทุกข์ทรมาน ความทุกข์โศก รวมทั้งมีกำลังใจและสามารถยอมรับความสูญเสียผู้ป่วยได้

4.2.4 การสนับสนุนด้านระบบการพยาบาล

ในปัจจุบันการบริการสุขภาพมุ่งที่ผู้ใช้บริการ (The Customer Focus) หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสนองตอบความ

ต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งพัฒนาแนวคิดต่างๆ ขึ้นเป็นลำดับและจัดไว้ในระบบการพยาบาล (Nursing System) หรือระบบในการดูแลผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2541: 5)

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2536:12-13) ได้เสนอแนวคิดว่าการจัดการด้านระบบการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การใช้กระบวนการพยาบาล 2) การมอบหมายงาน 3) การเยี่ยมตรวจ 4) การประชุมปรึกษา และ 5) การบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

ดังนั้น การวางแผนเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านญาติและครอบครัวผู้ป่วย และด้านระบบการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีการบริหารการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การกำหนดแผน 4) การดำเนินการตามแผน และ 5) การติดตามและปรับปรุงแผน โดยการประเมินความก้าวหน้าของแผนพิจารณาจากคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมได้รับเพิ่มขึ้นจากเดิม ประเมินประสิทธิภาพของโครงการโดยนำกิจกรรมพยาบาลที่ปฏิบัติเปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไปว่าใช้ไปมากน้อยเพียงใด ได้ผลคุ้มค่าหรือไม่ และประเมินประสิทธิผลคือ การนำผลการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

4.3 การจัดระบบงาน

การจัดระบบงานภายในหอผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านญาติและครอบครัวผู้ป่วย และด้านระบบการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องใช้หลักการจัดระบบงาน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ซึ่งประกอบด้วย 1) การกำหนดสายการบังคับบัญชาจะช่วยให้บุคลากรพยาบาลทุกระดับทราบว่าตนจะต้องรายงานกับใครเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ซึ่งทำให้ทุกคนเข้าใจถึงอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีอยู่ 2) การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรพยาบาล และกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ปฏิบัติและป้องกันความซ้ำซ้อน และ 3) การจัดระบบด้านวัสดุครุภัณฑ์ ที่จำเป็นด้านการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมและมีปริมาณเพียงพออยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา ประหยัดลดค่าใช้จ่าย และการจัดอาคารสถานที่ให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

4.4 การอำนวยความสะดวก

หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมโดยการนำแผนเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านญาติและครอบครัวผู้ป่วย และ ด้านระบบการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติให้เป็นไปด้วยดี โดยอาศัยการสั่งงาน การประสานงาน การมอบหมายงาน การเยี่ยมตรวจ การนิเทศงาน การวินิจฉัย การใช้กระบวนการพยาบาล การ ประชุมปรึกษา และการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

4.5 การควบคุมงาน

หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องทำการประเมินผลความก้าวหน้าของการสนับสนุนพยาบาลประจำ การในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านญาติและครอบครัวผู้ป่วย และด้านระบบการพยาบาลโดยวิธีการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการ ดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมให้ชัดเจน 2) กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ทั้งมาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3) วัดประสิทธิ ภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ตลอดจนผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ ผู้ป่วยได้รับ 4) เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่ กรรมที่ได้กำหนดไว้ และ 5) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขหากพบปัญหาหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินไปตามแผน บรรลุเป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

5. ประสพการณ์เกี่ยวกับความตาย

คูเบอร์ รอส (Kubler-Ross, 1969) กล่าวว่า การทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายต้องอาศัย ความพร้อมและประสพการณ์ซึ่งประสพการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายจะทำให้พยาบาล เข้าใจพฤติกรรมการแสดงออก และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากผลการศึกษาของจินเนต (Jeannette, 1972) พบว่า เด็กที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับความตาย ของพ่อแม่ หรือพี่น้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย แตกต่างจากเด็กที่ไม่มีประสพการณ์เกี่ยว กับความตายของพ่อแม่หรือพี่น้อง ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรมถ้าหัวหน้า หอผู้ป่วยเคยมีประสพการณ์เกี่ยวกับความตาย ความเศร้าโศก หรือความสูญเสียเนื่องมาจาก

ความตายจะช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย ใกล้ถึงแก่กรรมและญาติผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น

ดังนั้น ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

6. ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย

ชีวิตและความตายตามทัศนะทางพระพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนามีหลักความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ จุดมุ่งหมายตลอดจนอธิบายถึงความทุกข์ทรมาน และความตาย อันเป็นปรากฏการณ์ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากความเชื่อและคำสอนตามทัศนะทางศาสนา จะช่วยให้มนุษย์สามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ตนเองได้อย่างมีสติ และอาจทำให้ตัดสินใจเลือกการกระทำได้อย่างเหมาะสม

1. ชีวิต ตามหลักปฏิจจสมุปบาท อธิบายว่า ชีวิตดำเนินไปโดยอาศัยองค์ประกอบคือ อวิชชา สังขาร วิญญาณ นามรูป สฬายตนะ ผัสสะ ตัณหา อุปาทาน ภพ ชาติขรา มรณะ แต่ละองค์ประกอบเป็นปัจจัยส่งผลสืบต่อกันไปเป็นวงจรปฏิจจสมุปบาท 1 รอบคือชีวิต 1 รอบ กระบวนการชีวิตนี้จะดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุดตามเหตุปัจจัยของชีวิต ด้วยเหตุนี้ชีวิตจึงเป็นทุกข์ ดังพุทธพจน์ที่ว่า "ความเกิดเป็นทุกข์ ความแก่เป็นทุกข์ ความไม่ประจวบกับสิ่งไม่เป็นที่รักเป็นทุกข์ ความพลัดพรากจากสิ่งที่รักเป็นทุกข์ ปราภวนาสังขโตไม่ได้เป็นทุกข์ แต่ถ้ามนุษย์สามารถตัดเหตุปัจจัยของชีวิตได้ก็จะหลุดพ้นความทุกข์เข้าสู่นิพพานต่อไป" (พระราชนิพนธ์ (ประยุทธ์ ปยุตโต), 2529 ก: 27,81-84, 97,899)

กฎแห่งกรรม(พระราชนิพนธ์ (ประยุทธ์ ปยุตโต),2529 ก : 159-160) อธิบายว่าชีวิตดำเนินไปตามกฎแห่งกรรม ซึ่งกรรมจำแนกตามคุณภาพ แบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ

1. อกุศลกรรมหรือกรรมชั่ว เป็นการกระทำที่เกิดจากอกุศลมูล คือ โลภะ โทสะ และโมหะ

2. กุศลกรรมหรือกรรมดี เป็นการกระทำที่เกิดจากกุศลมูลคือ อโลภะ อโทสะ และอโมหะ ตามหลักพระพุทธศาสนาเชื่อว่า คนเราตายแล้วต้องไปตามกรรม เมื่อมนุษย์กระทำกรรมใดๆ ออกไป ย่อมได้รับผลจากการกระทำนั้น ๆ ด้วย ทั้งภพนี้และภพต่อไป

พระพุทธศาสนามีหลักความเชื่อว่ามีกรรมเวียนว่ายตายเกิด และคนเราทุกคนล้วนเกิดมาแล้วทั้งสิ้นนับชาติไม่ถ้วน ถ้าจะเกิดในภพที่ดีบ้าง ไม่ดีบ้างตามกฎแห่งกรรมที่ได้ทำไว้

ทั้งดีและชั่ว ถ้ายังมีกิเลสก็ต้องเวียนว่ายตายเกิดอยู่ตราบนั้น ดังเช่นที่ พระพุทธองค์ตรัสไว้ใน ปาปวรรคแห่งคัมภีร์ธรรมบทว่า " คนบางพวกเกิดในครมร์ คนบางพวกที่ทำกรรมชั่วไว้ไปนรก คนบางพวกที่ทำกรรมดีไว้ไปสู่สวรรค์ ส่วนท่านที่หมดกิเลสแล้วทั้งหลายย่อมนิพพาน" (ฐิตวณ โณ, 2530 : 1-8)

2. ความตาย

กิตติวุฒโฆภิกขุ (2528, อ้างถึงในพัชรียา ไชยลังกา, 2534:40) กล่าวว่า ความตายในทางพระพุทธศาสนาจะเกิดขึ้นได้ต้องมีเหตุปัจจัยที่แสดงไว้ 4 ประการคือ

1. ความตายเพราะสิ้นอายุ อายุโดยเฉลี่ยของคน 75 ปี ถือว่าเป็นผู้ที่มิร่างกายแก่ชราเต็มที่ มีส่วนน้อยที่อยู่ถึง 100 ปีหรือมากกว่า

2. ความตายเพราะสิ้นสุดแห่งกรรม

3. ความตายเพราะสิ้นสุดทั้งอายุขัยและกรรมคือ ผู้ตายที่มีอายุยืนยาวไปถึงอายุขัย พร้อมกับที่กรรมสิ้นสุดลง

4. ความตายเพราะกรรมมาตัดรอนคือ ทั้งอายุและกรรมที่ส่งผลยังไม่หมดหน้าที่แต่ด้วยอำนาจของกรรมในภพก่อนหรือภพนี้เข้ามาตัดรอนทำให้ต้องตาย เช่น ความตายของคนวัยหนุ่มสาว ที่เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

สรุป ความตายคือ การสิ้นสุดของชีวิตเป็นผลให้หน้าที่ต่าง ๆ สิ้นสุดลง และความตายจะเกิดขึ้นต้องมีเหตุปัจจัย คือกรรม

หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดประโยชน์กับคุณค่าของชีวิต คือ การมีความเชื่อที่ถูกหลักศาสนา ไม่มั่งมาย มีความเอื้อเพื่อเมื่อแม่เสียสละ และดำเนินชีวิตด้วยปัญญา เมื่อเห็นความจริงเช่นนี้แล้วยอมไม่หวั่นไหวเมื่อความตายมาถึง และสามารถยอมรับความตายได้อย่างสงบ ดังนั้น ถ้าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เข้าใจธรรมชาติของชีวิตหรือความตายจะสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยในยามนั้นได้ (ฟารีดา อิบราฮิม , 2535:78) นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าใจความหมายของความตายได้อย่างแท้จริง จะทำให้เกิดความวิตกกังวล และหวาดกลัวความตาย พยายามหลีกเลี่ยงความตายทั้งด้านความคิดและการกระทำ จอห์นและวานซ์ (John and Vance อ้างถึงใน บงกช พึ่งพุทธาภิรักษ์, 2521) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล พบว่า พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่เคยคิดถึงความตายมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

7. เจตคติต่อข้อกำหนดทางศาสนา

7.1 ความหมายของเจตคติ

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกท่าทีของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เจตคติเกิดขึ้นจากส่วนประกอบด้านความรู้ ความพึงพอใจและองค์ประกอบทางพฤติกรรม ความเชื่อก็เป็นส่วนประกอบอีกประการหนึ่งของเจตคติ และที่สำคัญจะแยกออกเสียมิได้ กระบวนการประเมินคุณค่าเจตคติจึงออกมาในลักษณะของเจตคติที่ดีและเจตคติที่ไม่ดี หรืออาจกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเจตคติในทางบวกหรือเจตคติในทางลบ (สิวลี ศิริไล, 2539:207)

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดและความเชื่อที่เกิดจากความรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ สถานการณ์ในทางบวก ทางลบ หรือเป็นกลางและมีการแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรม (ชินจิตต์ ประสพสุข, 2540:58)

เธอร์สตัน (Thurstone, 1967 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2539:207) ได้อธิบายว่า เจตคติเป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งสามารถบอกความรู้สึกของความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

สรุป เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความเชื่อที่เกิดจากความรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ และสถานการณ์ ซึ่งสามารถบอกความรู้สึกของความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

7.2 หลักคำสอนหรือข้อกำหนดทางศาสนาพุทธ (พระธรรมปิฎก, 2538) ประกอบด้วย

7.2.1 ทาน หมายถึง การให้ สิ่งที่ให้ ให้ของที่ควรให้แก่คนที่ควรให้เพื่อประโยชน์แก่เขา ได้แก่ การทำบุญ การตักบาตร และการบริจาคทาน

7.2.2 ศีล หมายถึง ความประพฤติดีทางกายและวาจา การรักษากายและวาจาให้เรียบร้อย และข้อปฏิบัติสำหรับควบคุมกายและวาจาให้ตั้งอยู่ในความดีงาม

ศีล 5 หมายถึง ข้อปฏิบัติในการละเว้นความชั่ว 5 ประการ คือ

1. เว้นจากทำลายชีวิต
2. เว้นจากถือเอาของที่เขามิได้ให้
3. เว้นจากการประพฤตินิดในกาม
4. เว้นจากการพูดเท็จ
5. เว้นจากของเมา สุราเมรัย

7.2.3 การภาวนา หมายถึง การบำเพ็ญ การทำใจให้สงบ การฝึกอบรม ปัญญาให้เกิดความรู้ ความเข้าใจความเป็นจริงตามหลักพระพุทธศาสนา

ดังนั้น เจตคติต่อข้อกำหนดทางศาสนา หมายถึง ความรู้สึก ความคิดและความเชื่อที่บุคคลที่มีต่อข้อกำหนดทางศาสนาในเรื่องทาน เรื่องการรักษาศีล 5 และเรื่องการภาวนา ซึ่งบุคคลสามารถบอกความรู้สึกของความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรม

การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา หลักธรรมของศาสนาทำให้มีความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิดแก่เจ็บ และตายไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริงทำให้บุคคลมีสติปัญญาจิตใจไม่ฟุ้ง และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (พระธรรมปิฎก, 2539:6) นอกจากนี้ แนวคิดของ Castles and Murray (1979) ที่เสนอว่า ศาสนา มีอิทธิพลต่อการเกี่ยวข้องกับเรื่องของความตายและภาวะใกล้ตาย หัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละคนในฐานะที่เป็นมนุษย์ย่อมต้องมีเจตคติ ความศรัทธา มีแนวทางดำเนินชีวิตตามศาสนาที่ตนเชื่อถือ จะมีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมาก (สิวลี สิริโร ,2537) และศาสนาแต่ละศาสนาจะมีความเชื่อ คำสอนเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์จุดมุ่งหมายของชีวิตแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย รวมทั้งการอธิบายถึงความทุกข์ทรมานและความตายอันเป็นปรากฏการณ์ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เจตคติต่อคำสอน และการปฏิบัติตามข้อกำหนดทางศาสนาจะช่วยให้มนุษย์สามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ตนเองได้อย่างสงบ มีสติ และอาจทำให้ตัดสินใจเลือกการกระทำได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น เจตคติต่อข้อกำหนดทางศาสนาของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รศพร ประทุมวัน (2534) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 354 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า บรรยากาศการทำงานที่มีความอบอุ่น และมีการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

ยาสโก (Yasko, 1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลเฉพาะทางในหน่วยรักษามะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในหน่วยรักษามะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรมเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการขาดการสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดและมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจภายในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล

สปันเซอร์ (Spencer, 1994) ได้ทำการศึกษาสำรวจ การจัดการเกี่ยวกับความวิตกกังวล และความเศร้าโศกของพยาบาลภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 51 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานทำให้ความวิตกกังวล และความเศร้าโศกภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมลดลง

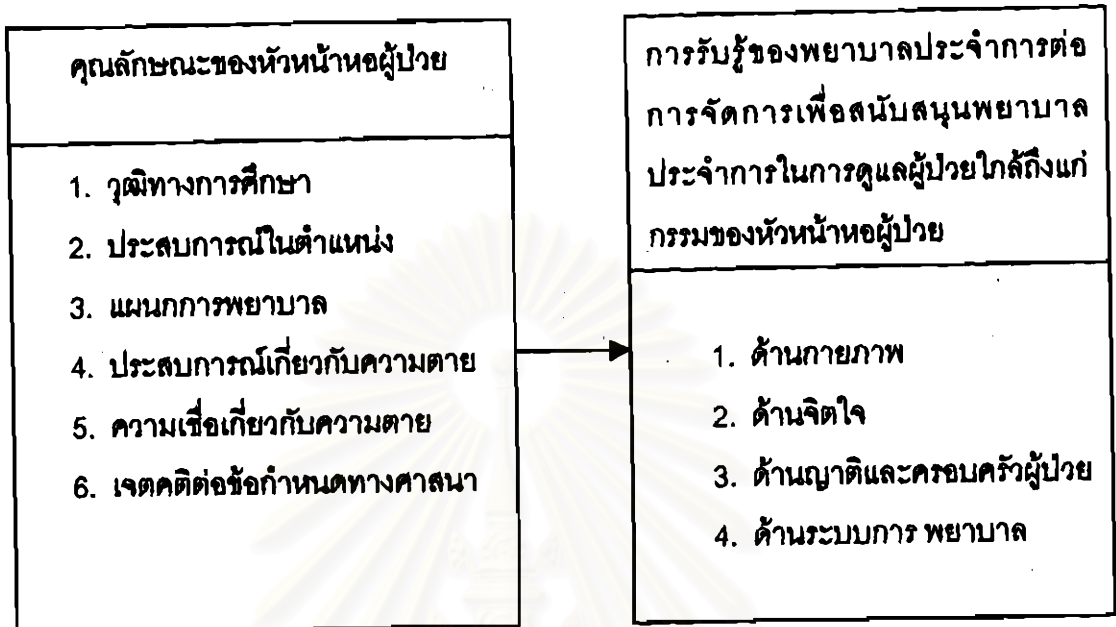
เฟลด์สไตน์ และแกมมา (Feldstein and Gemma, 1995) ได้ศึกษา ความเครียดและความเศร้าโศกของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในศูนย์รักษามะเร็งทั้งหมดที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยรักษามะเร็ง จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมและผู้ป่วยถึงแก่กรรมเป็นเวลานานๆทำให้เกิดความเครียดด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้บริหารการพยาบาลส่งผลให้ความเครียดของพยาบาลลดลง

เดกเนอร์ และแมคเคลิเมนต์ (Degner and McClement, 1995) ได้ศึกษา พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และบันทึกเทปเสียง ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลต้องเผชิญกับอารมณ์โกรธ ความเศร้าโศกเสียใจของญาติผู้ป่วย รวมทั้งต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากผู้ร่วมงานส่งผลให้ความเครียดของพยาบาลลดลง

โฮฮาราและคณะ (O' Hara et al., 1996) ได้ศึกษา ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทั่วไป สถานพักฟื้นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรมพยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยถึงแก่กรรมเป็นจำนวนมากและเป็นเวลานาน จากภาระงานที่หนักในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมก่อให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขวัญและกำลังใจลดลงรวมทั้งประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผู้ร่วมงาน และการได้รับการสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลให้ความเครียดของพยาบาลลดลง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย