

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรม ของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลตติยภูมิ

PATIENT AND FAMILY SATISFACTION WITH NURSES' ETHICAL BEHAVIORS IN PALLIATIVE CARE WARDS OF A TERTIARY HOSPITAL

ปาริชาติ เพี้ยสุพรรณ*, จุรีรัตน์ รัตน์เพชร*, นิสาสล บุตรสาทร*

สุวัฒนา ชุณหคล้าย*วรรณวิศา ปะเสทะกัง*, วริศรา ลูวิระ**

Parichart Piasupun*, Jureerat ratanaphet*, Nisachon Butsathon*

Suwattana Chunhaklai*, Wanwisa Pasethakung*, Varisara Luvira**

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นจริยธรรมที่ซับซ้อน การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมจริยธรรมจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลระยะท้ายในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินและเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลหลักจำนวน 207 ราย จาก 18 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล จำนวน 20 ข้อ (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ผลการศึกษา: พบว่าความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($x = 4.68$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า มิติภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($x = 4.75$, $SD = 0.49$) ส่วนพฤติกรรมด้านการรับฟังและช่วยเหลือคลายปัญหา และการปลอบโยนให้กำลังใจมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($x = 4.60$ และ 4.61 ตามลำดับ) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัวในทุกรายการพฤติกรรม ($p > 0.05$)

สรุป: พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองมีพฤติกรรมด้านจริยธรรมที่ดีเยี่ยมตามการรับรู้ของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามควรมีการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด การรับฟังเชิงลึก และการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมของการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว, พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล, การดูแลแบบประคับประคอง

* ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Division of Nursing, Sirinagarind Hospital. Faculty of Medicine. Khon Kaen university

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine. Khonkaen university

Corresponding author: จุรีรัตน์ รัตน์เพชร Email: jurepr@kku.ac.th

Received 15/12/2025

Revised 05/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

Background: Palliative care focuses on the relief of suffering and the preservation of human dignity. In this context, nurses frequently encounter complex ethical dilemmas. Assessing the satisfaction of service users regarding nurses' ethical behaviors is a vital indicator for enhancing quality and standards of end-of-life care in tertiary hospitals.

Objective: To assess and compare the satisfaction levels of patients and their families regarding nurses' ethical behaviors in the palliative care wards of a tertiary hospital.

Methods: This cross-sectional survey was conducted among 207 participants, comprising patients and primary family caregivers across 18 wards, selected through systematic random sampling. The research instrument was a 20-item satisfaction questionnaire on nurses' ethical behaviors (Cronbach's alpha coefficient = 0.94). Data were analyzed using descriptive statistics and the comparison between groups was performed using the Independent Samples t-test.

Results: The findings revealed that overall satisfaction with nurses' ethical behaviors was at a very high level (Mean = 4.68, SD = 0.52). Considering each dimension, "Image and Trustworthiness" received the highest mean score (Mean = 4.75, SD = 0.49). Conversely, behaviors related to "active listening/problem-solving" and "providing comfort and encouragement" received the lowest mean scores (Mean = 4.60 and 4.61, respectively). There were no statistically significant differences in satisfaction levels between the patient and family groups across all categories ($p > 0.05$).

Conclusion: Nurses in palliative care wards demonstrated excellent ethical behaviors as perceived by both patients and families. However, continuous development in therapeutic communication, deep listening, and psychosocial support is recommended to further elevate the holistic quality of palliative care.

Keywords: Patient and family satisfaction, Nurses' ethical behaviors, Palliative care

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว¹ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการนำหลักการทางจริยธรรมมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อน เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติหรือชะลอการรักษา การสื่อสารข่าวร้าย และการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย^{2,3} พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล โดยเฉพาะในด้านความเอื้ออาทร ความซื่อสัตย์สุจริต การเคารพเอกลัทธิ และการรักษาความลับ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว^{4,5} การศึกษาของ Hamric และ Blackhall⁶ พบว่า พฤติกรรมทางจริยธรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความไว้วางใจและความพึงพอใจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ในขณะที่การศึกษาของ Liu⁷ ระบุว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยประคับประคองต้องเผชิญความท้าทายทางจริยธรรมที่ซับซ้อนกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากเป้าหมายของการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นที่การหายของโรค แต่เป็นการเผชิญกับความตายอย่างมีศักดิ์ศรี ปัญหาสำคัญที่มักพบคือ การสื่อสาร และความกดดันในการตัดสินใจระยะสุดท้าย ซึ่งหากพยาบาลขาดความไวต่อพฤติกรรมจริยธรรม เช่น การไม่รักษาความเป็นส่วนตัวหรือการสื่อสารที่ไม่สะท้อนความเห็นอกเห็นใจ อาจนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมทั้งต่อผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการ

ในประเทศไทย สภาการพยาบาล⁸ ได้กำหนดมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลที่มีจริยธรรมเป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม แม้จะมีมาตรฐานที่ชัดเจน แต่ในภาคปฏิบัติยังคงพบความย้อนแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemmas) ในบริบทวัฒนธรรมไทยอย่างต่อเนื่อง เช่น ความเกรงใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามสิทธิของตนเอง หรือความเชื่อของครอบครัวไทยที่มักจะปกปิดข่าวร้ายไม่ให้ผู้ป่วยทราบเพื่อถนอมน้ำใจ ซึ่งพยาบาลมักตกอยู่ในภาวะที่ต้องเลือกระหว่างการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยกับการรักษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในประเทศไทยมีบริบทเฉพาะที่ซับซ้อนกว่าเพียงการปฏิบัติตามมาตรฐานสากลที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม⁹⁻¹¹ การศึกษาของ ปันดดา สุวรรณ และคณะ¹² ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองในระดับสูง แต่ยังไม่มีการประเมินเจาะจงถึงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล เช่น ความละเอียดอ่อนในการสื่อสารข่าวร้าย หรือความยุติธรรมในการจัดสรรทรัพยากรภายใต้ภาระงานที่จำกัด ดังนั้น การศึกษาความพึงพอใจในมิติจริยธรรมจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวชาวไทยโดยตรง จึงมีความสำคัญยิ่งในการเป็นข้อมูลสะท้อนกลับว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่ปรากฏออกมานั้น สามารถบูรณาการหลักจริยธรรมสากลเข้ากับค่านิยมและวัฒนธรรมไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ซึ่งจะเป็จุดเริ่มต้นในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลประคับประคองไทยอย่างแท้จริง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการให้บริการดูแลแบบประคับประคองใน 18 หอผู้ป่วย และได้ดำเนินการพัฒนาระบบจริยธรรมทางการพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมทางการพยาบาลและกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง¹³⁻¹⁵ แม้จะมีกลไกในการส่งเสริมจริยธรรมอย่างเป็นระบบ แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลจากมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงว่าเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในมิติที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การสื่อสาร การให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว และการสนับสนุนทางจิตใจ^{16,17}

ที่ผ่านมาขาดข้อมูลสะท้อนจากผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิของไทย ทำให้องค์กรไม่สามารถระบุจุดแข็งและจุดที่เป็นโอกาสในการพัฒนาได้อย่างเจาะจง^{18,19} การได้รับข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้สามารถพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านจริยธรรมของพยาบาลได้อย่างตรงประเด็นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล และเสริมสร้างมาตรฐานทางจริยธรรมให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

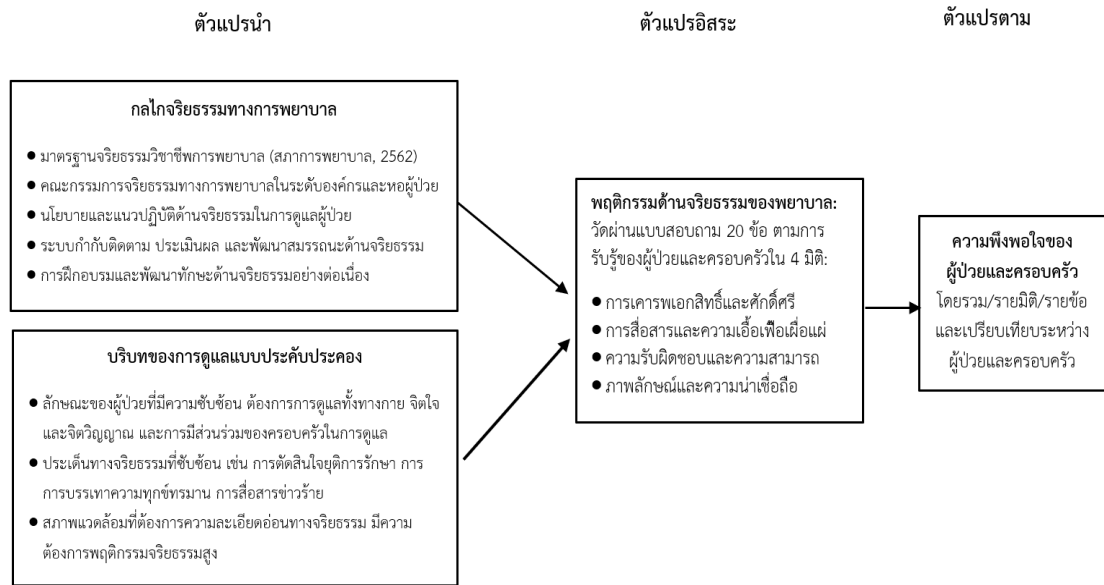
1. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจโดยรวม รายมิติ และรายข้อของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว

คำถามของการศึกษา

1. ระดับความพึงพอใจโดยรวม รายมิติ และรายข้อของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับใด
2. ระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัวหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการระหว่าง 1) ทฤษฎีจริยธรรมทางการพยาบาล (Nursing Ethics Framework) ของ Beauchamp และ Childress²⁰ 2) แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ (Quality Palliative Care) ตามองค์การอนามัยโลก¹ และ 3) กรอบมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2562⁸ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบทองค์กร พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง



กรอบแนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้บริบทและกลไกส่งเสริมจริยธรรมขององค์กร มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลถูกจัดกลุ่มเป็น 4 มิติหลัก ตามหลักการจริยธรรมทางการแพทย์และการพยาบาล²⁰ ได้แก่ 1) การเคารพเอกราชและศักดิ์ศรี 2) การสื่อสารและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ 3) ความรับผิดชอบและความสามารถ และ 4) ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 20 ข้อที่วัดด้วยแบบสอบถาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จะถูกวัดในระดับต่างๆ ทั้งโดยรวม รายมิติ และรายข้อ รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เห็นภาพที่ครบถ้วนของการรับรู้พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Survey) เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยในมีบริการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 18 หอผู้ป่วย ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยในทั้งหมด 18 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ดูแลที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกในหอผู้ป่วยที่สุ่มได้ จำนวน 11 หอผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และได้รับการดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีข้อจำกัดทางสภาพร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ได้แก่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีอาการปวดรุนแรง ระดับ 8-10 หรืออยู่ในภาวะวิกฤต และแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์เกินกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร $n = \frac{Z^2 \times \sigma^2}{E^2}$ โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ, Z = ค่าจากตารางการกระจายตัวแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ (ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%, $Z \approx 1.9\sigma$ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (จากการศึกษาเบื้องต้น, $\sigma = 8.39$), E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Acceptable difference = 1.5% ของค่าเฉลี่ย = 0.015×93.69)

คำนวณค่า E (ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้) $E = 0.015 \times 93.69 = 1.40535$

คำนวณ n

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 \times (8.39)^2}{(1.40535)^2} \\ n &= \frac{3.8416 \times 70.3921}{1.975} \\ n &= \frac{270.418}{1.975} \\ n &\approx 136.91 \end{aligned}$$

ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยบวกเพิ่ม 20% เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

$$n_{\text{adjusted}} = 136.91 \times 1.2 = 164.29 \approx 196 \text{ ราย}$$

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ 243 รายตามแผน และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ 207 ราย จึงใช้จำนวนนี้ในการวิเคราะห์วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละหอผู้ป่วยที่สุ่มได้ มีวิธีการดังนี้

1. การสุ่มหอผู้ป่วย ใช้วิธี Systematic Random Sampling โดยเรียงลำดับหอผู้ป่วยจากรายชื่อหอผู้ป่วยทั้งหมด 18 หอผู้ป่วยโดยคำนวณช่วงการสุ่ม (k) = $18/11 \approx 1.6$ สุ่มจุดเริ่มต้นระหว่าง 1-2 ได้เลข 2 แล้วเลือกหอผู้ป่วยทุกๆ ลำดับที่ k จนครบ 11 หอผู้ป่วย คือ หอที่ 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17
2. การจัดสรรโควตาตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย คำนวณสัดส่วนจำนวนเตียงในแต่ละหอผู้ป่วยที่สุ่มได้เทียบกับจำนวนเตียงรวม จัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนข้างต้น เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมบริบทของโรงพยาบาล (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	หอผู้ป่วย (สุมได้)	จำนวนเตียง	ร้อยละ	เป้าหมาย	เก็บได้จริง
				เก็บ (ราย)	
1	หอผู้ป่วย 5ก	25	10.29	25	20
2	หอผู้ป่วย 5ง	25	10.29	25	19
3	หอผู้ป่วย 5ข	24	9.88	24	18
4	หอผู้ป่วยพิเศษ 6ข	23	9.46	23	21
5	หอผู้ป่วยพิเศษ กว.7/1	12	4.94	12	15
6	หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 (MICU1)	8	3.29	8	17
7	หอผู้ป่วย AE3	17	7.00	17	12
8	หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ข	29	11.93	29	25
9	หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4ก	29	11.93	29	23
10	หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ข	23	9.46	23	21
11	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4ค	28	11.53	28	16
รวม	11 หอผู้ป่วย	243	100.0	243	207

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ บทบาทในครอบครัว และระดับการศึกษา

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินพฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยผู้รับบริการ ของสภาการพยาบาล³ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ 5 = พึงพอใจมากที่สุด, 4 = พึงพอใจมาก, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 2 = พึงพอใจน้อย และ 1 = ไม่พอใจ ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่

มิติที่ 1 การเคารพเอกราชและศักดิ์ศรี (4 ข้อ: ข้อ 6, 7, 11, 12)

มิติที่ 2 การสื่อสารและความเชื่อเพื่อผู้ป่วย (6 ข้อ: ข้อ 1, 2, 3, 10, 13, 14, 17)

มิติที่ 3 ความรับผิดชอบและความสามารถ (8 ข้อ: ข้อ 4, 5, 8, 9, 15, 16, 18)

มิติที่ 4 ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ (2 ข้อ: ข้อ 19, 20)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย:

4.21 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ สูงมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ สูง

2.61 – 3.40 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด/ไม่พอใจ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Validation)

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจรรยาบรรณการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้าน palliative care 1 ท่าน) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (I-CVI) = 0.80-1.00, CVI = 0.97

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบใช้เครื่องมือ (Pilot Study) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (ประกอบด้วยผู้ป่วย 15 ราย และครอบครัวผู้ดูแล 15 ราย) ณ หอผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อประเมินความเข้าใจและคุณภาพทางสถิติ โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบ: Cronbach's Alpha = 0.94 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม กับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) พบว่าทุกข้อมีค่า $r = 0.45-0.78$ ($p < 0.01$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671445 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดของโครงการและกระบวนการวิจัยอย่างครบถ้วน และลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยมีสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยและปกปิดตัวตนโดยใช้รหัส

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้เพื่อชี้แจงโครงการและวางแผนการเก็บข้อมูล
2. ผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือครอบครัวที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกในหอผู้ป่วยตามโควตาที่กำหนด
3. ให้ข้อมูลรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วม และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
4. มอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองเป็นหลัก หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ให้ครอบครัวตอบแทน โดยเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมและไม่รบกวนการรักษาพยาบาล
5. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันที ณ จุดเก็บข้อมูล ในกรณีที่พบว่ามีคำถามว่างข้อคำถาม ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้งว่าต้องการให้ข้อมูลในข้อนั้นหรือไม่ โดยคำนึงถึงสิทธิในการไม่ตอบบางข้อที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สะดวกใจ ทั้งนี้ หากข้อมูลขาดหายไปร้อยละ 10 จะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เพื่อคงความเที่ยงตรงของผลสรุป
6. บันทึกข้อมูลลงฐานข้อมูล โดยไม่ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ใช้วิธีการลงรหัสแทนตัวตน (Coding) โดยจะมีการระบุวันที่และรหัสหอผู้ป่วย เพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล เท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมของการวิจัย และจะมีการทำลายรหัสเชื่อมโยงหลังการวิเคราะห์ ข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อรักษาความลับสูงสุดของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวม รายมิติ และรายข้อ พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และจัดระดับตามเกณฑ์
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ได้ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Independent Samples T-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 207 ราย จากเป้าหมาย 248 ราย (อัตราการตอบกลับ 83.5%) โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย 96 ราย (46.4%) และกลุ่มครอบครัวผู้ดูแล 111 ราย (53.6%) แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 41 ฉบับ ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากมีข้อมูลขาดหายมากกว่าร้อยละ 10 (n=28) และผู้ป่วยถอนตัวจากการวิจัยเนื่องจากอาการทรุดหนักระหว่างการเก็บข้อมูล (n=13) การนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 ราย ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 46.4) และกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลหลักจำนวน 111 ราย (ร้อยละ 53.6) โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.8) มีอายุเฉลี่ย 49.86 ปี (SD = 14.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.8) เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ป่วย มีอายุเฉลี่ย 53.29 ปี (SD = 14.88) ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว (ร้อยละ 44.8) และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.8) สำหรับ กลุ่มครอบครัวผู้ดูแลหลัก มีอายุเฉลี่ย 46.89 ปี (SD = 13.13) ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 75.7) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 34.2 และ 38.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และพนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n = 207)

ลักษณะทั่วไป	รวม (n = 207) n (%)	ผู้ป่วย (n = 96) n (%)	ครอบครัว (n = 111) n (%)
อายุ (ปี)			
Mean ± SD	49.86 ± 14.30	53.29 ± 14.88	46.89 ± 13.13
เพศ			
ชาย	77 (37.2)	42 (43.8)	35 (31.5)
หญิง	130 (62.8)	54 (56.3)	76 (68.5)
สถานภาพสมรส			
สมรส/คู่	132 (63.8)	68 (70.8)	64 (57.7)
อื่นๆ (โสด/หม้าย/แยกกันอยู่)	75 (36.2)	28 (29.2)	47 (42.3)
อาชีพ			
รับจ้าง/เกษตรกรรม	66 (31.9)	31 (32.3)	35 (31.5)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37 (17.9)	9 (9.4)	28 (25.2)

ลักษณะทั่วไป	รวม (n = 207)	ผู้ป่วย (n = 96)	ครอบครัว (n = 111)
	n (%)	n (%)	n (%)
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	48 (23.2)	22 (22.9)	26 (23.4)
อื่นๆ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32 (15.5)	19 (19.8)	13 (11.7)
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	100 (48.4)	47 (49.0)	53 (47.7)
ปริญญาตรีขึ้นไป	107 (51.6)	49 (51.0)	58 (52.3)

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

2.1 ระดับความพึงพอใจโดยรวม รายมิติ และรายข้อ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ณ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ พบว่า ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูงมาก ($x = 4.68$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายมิติและรายข้อมีผลดังนี้

ระดับความพึงพอใจรายมิติ: มิติที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ “ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ” สอดคล้องกับ พฤติกรรมรายข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย ($x = 4.77$) ความมีน้ำใจ เอาใจใส่ ($x = 4.73$) และความน่าเชื่อถือศรัทธา ($x = 4.72$) ตามลำดับ

ระดับความพึงพอใจรายข้อที่ควรพัฒนา: แม้ทุกข้อจะมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (มากกว่า 4.50) แต่ข้อที่มีคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับฟังและช่วยเหลือคลายปัญหา ($x = 4.60$) และการปดบโยนให้กำลังใจ ($x = 4.61$) ซึ่งสะท้อนถึง ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นต่อการดูแลด้านจิตสังคม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n = 207)

ข้อที่	พฤติกรรมด้านจริยธรรม	ทั้งหมด (n=207)	ผู้ป่วย (n=96)	ครอบครัว (n=111)
1	พยาบาลมีอัธยาศัยในการต้อนรับ	4.67 ± 0.52	4.68 ± 0.53	4.65 ± 0.52
2	พยาบาลพูดจา ด้วยความสุภาพ อ่อนโยน	4.68 ± 0.54	4.68 ± 0.55	4.68 ± 0.54
3	พยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีกิริยาที่เป็นมิตร	4.69 ± 0.54	4.71 ± 0.52	4.68 ± 0.56
4	พยาบาลมีความกระตือรือร้นให้บริการในการทำงาน	4.72 ± 0.50	4.77 ± 0.47	4.67 ± 0.53
5	พยาบาลควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่พูดจาเสียงดัง หยาบคาย	4.64 ± 0.56	4.66 ± 0.58	4.62 ± 0.54
6	พยาบาลให้บริการด้วยความเสมอภาค เช่น ให้บริการ ผู้ใช้บริการที่เป็นแรงงานต่างด้าวเช่นเดียว กับผู้ใช้บริการ ที่เป็นคนไทย คนจน-คนรวย/ฝากพิเศษ ไม่ได้ฝากพิเศษ	4.67 ± 0.51	4.68 ± 0.53	4.66 ± 0.50
7	พยาบาลให้เกียรติผู้ป่วยและคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว	4.71 ± 0.51	4.71 ± 0.54	4.72 ± 0.47
8	พยาบาลช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย	4.65 ± 0.54	4.66 ± 0.50	4.65 ± 0.57
9	พยาบาลให้คำแนะนำที่มีประโยชน์	4.69 ± 0.51	4.74 ± 0.49	4.65 ± 0.53
10	พยาบาลรับฟังและช่วยเหลือคลายปัญหาและให้คำปรึกษา	4.60 ± 0.56	4.61 ± 0.57	4.59 ± 0.56
11	พยาบาลรักษาสีทริของผู้ป่วย	4.69 ± 0.52	4.71 ± 0.50	4.68 ± 0.53
12	พยาบาลรักษาความลับของผู้ป่วย	4.66 ± 0.51	4.66 ± 0.52	4.66 ± 0.51
13	พยาบาลอธิบายให้เข้าใจทั้งก่อนและหลังการให้บริการ	4.70 ± 0.52	4.71 ± 0.54	4.69 ± 0.50

ข้อที่	พฤติกรรมด้านจริยธรรม	ทั้งหมด (n=207)	ผู้ป่วย (n=96)	ครอบครัว (n=111)
14	พยาบาลปลอบโยนให้กำลังใจ	4.61 ±0.56	4.63 ±0.57	4.61 ±0.56
15	พยาบาลมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการบริการ	4.67 ±0.54	4.70 ±0.53	4.64 ±0.55
16	พยาบาลมีความน้อมนวลในการปฏิบัติการพยาบาล	4.68 ±0.53	4.72 ±0.50	4.64 ±0.55
17	พยาบาลมีน้ำใจ สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย	4.73 ±0.48	4.75 ±0.46	4.72 ±0.51
18	พยาบาลให้ความช่วยเหลือ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ	4.69 ±0.54	4.72 ±0.52	4.67 ±0.56
19	พยาบาลมีความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย	4.77 ±0.46	4.78 ±0.49	4.77 ±0.45
20	พยาบาลมีพฤติกรรมน่าเชื่อถือและน่าศรัทธา	4.72 ±0.53	4.74 ±0.55	4.70 ±0.52

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจรายมิติผลต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

การวิเคราะห์ความพึงพอใจรายมิติทั้ง 4 ด้าน พบว่าทุกมิติอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.68–4.75) โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด: คือ ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ ($x = 4.75$) โดยความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย เป็นพฤติกรรมที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด

มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับรองลงมา: คือ การเคารพเอกราชและศักดิ์ศรี และ ความรับผิดชอบและความสามารถ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($x = 4.69$) พฤติกรรมเด่นในกลุ่มนี้คือการให้เกียรติความเป็นส่วนตัวและความกระตือรือร้นในการให้บริการ

มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด: คือ การสื่อสารและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ($x = 4.68$) แม้จะอยู่ในระดับสูงมากแต่มีความแปรปรวนของคำตอบสูงสุด โดยพฤติกรรมที่ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษคือ การรับฟังเพื่อช่วยคลี่คลายปัญหา และการให้บริการอย่างเสมอภาคซึ่งได้รับคะแนนต่ำกว่าข้ออื่นในมิติเดียวกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจรายมิติผลต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล (n = 207)

มิติพฤติกรรมด้านจริยธรรม	Mean ± SD	Min-Max	ระดับความพึงพอใจ	อันดับ
ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ	4.75 ± 0.49	3.50-5.00	สูงมาก	1
การเคารพเอกราชและศักดิ์ศรี	4.69 ± 0.50	3.25-5.00	สูงมาก	2
ความรับผิดชอบและความสามารถ	4.69 ± 0.51	3.14-5.00	สูงมาก	2
การสื่อสารและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	4.68 ± 0.52	3.14-5.00	สูงมาก	4
ค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 4 มิติ	4.68 ± 0.52	-	สูงมาก	-

ส่วนที่ 4 ความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (ผู้ป่วย กับ ครอบครัว)

ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายมิติทั้ง 4 มิติ ได้แก่

การเคารพเอกลักษณ์และศักดิ์ศรี การสื่อสารและความเชื่อเพื่อพ่อแม่ ความรับผิดชอบและความสามารถ และภาพลักษณ์ และความน่าเชื่อถือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว ($n = 207$)

มิติความพึงพอใจ	ผู้ป่วย ($n=96$) (Mean $\pm$ SD)	ครอบครัว ($n=111$) (Mean $\pm$ SD)	t-value	p-value
1. การเคารพเอกลักษณ์และศักดิ์ศรี	4.69 $\pm$ 0.51	4.68 $\pm$ 0.49	0.142	0.887
2. การสื่อสารและความเชื่อเพื่อพ่อแม่	4.70 $\pm$ 0.53	4.66 $\pm$ 0.51	0.551	0.582
3. ความรับผิดชอบและความสามารถ	4.71 $\pm$ 0.52	4.67 $\pm$ 0.50	0.553	0.581
4. ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ	4.76 $\pm$ 0.51	4.74 $\pm$ 0.47	0.292	0.771
ภาพรวม	4.70 $\pm$ 0.53	4.67 $\pm$ 0.51	0.406	0.616

หมายเหตุ: ค่าแสดงเป็นค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.68$) ซึ่งสูงกว่ารายงานในงานวิจัยที่ดำเนินการในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มุ่งสำรวจภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทำให้การประเมินประสิทธิภาพการดูแลเชิงบวกมีแนวโน้มต่ำกว่า^{12,21} แนวโน้มดังกล่าวอาจสะท้อนถึงผลลัพธ์ของกลไกและมาตรการส่งเสริมจริยธรรมการพยาบาลในระดับองค์กรของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งด้านการพัฒนาสมรรถนะจริยธรรมของพยาบาล และการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านจริยธรรมของฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดด้านจริยธรรมการพยาบาลที่เน้นความเมตตา กรุณา การเคารพศักดิ์ศรี และการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ถือเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ^{22,23} และสอดคล้องกับแนวทางสากลด้าน palliative care ที่เน้นคุณภาพชีวิต การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเป็นหัวใจของการดูแล^{16,17}

ด้านจุดแข็ง: ภาพลักษณ์วิชาชีพและความเอื้ออาทร

พฤติกรรมที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสะอาดเรียบร้อยและการแต่งกายอย่างเหมาะสม ตลอดจนการแสดงความเข้าใจ ความเอื้ออาทร และความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการแสดงออกเชิงเมตตา ความเอื้ออาทร และการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยอย่างใส่ใจ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^{4,22,24} นอกจากนี้ยังสะท้อนภาพลักษณ์ความเป็นวิชาชีพและช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเปราะบางระยะท้ายของชีวิต^{11,25,26}

งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอนุรักษ์ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะท้ายระบุว่า “การอยู่เคียงข้างอย่างมีเมตตา” การรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการเป็นประจักษ์พยานต่อความทุกข์ของผู้ป่วย เป็นกลไกสำคัญในการลดความทุกข์ทรมานและ

คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี^{3,23} แนวปฏิบัติเหล่านี้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ประสานการดูแล ผู้ประคับประคอง อารมณ์ และผู้คุ้มครองศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในระบบการดูแลแบบประคับประคอง^{2,22}

ด้านที่ควรพัฒนา: การสื่อสารเชิงลึกและการสนับสนุนทางอารมณ์

แม้จะแน่วความพึงพอใจในทุกด้านจะอยู่ในระดับสูงมาก แต่พฤติกรรมด้าน “การรับฟังเพื่อช่วยคลี่คลายปัญหา” และ “การปลอบโยนให้กำลังใจ” ได้คะแนนต่ำที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารเชิงบำบัดและการสนับสนุนทางอารมณ์ยังเป็นมิติที่ท้าทายในทางปฏิบัติ หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากชี้ว่าการสื่อสารในสถานการณ์ปลายชีวิตต้องอาศัยทักษะเฉพาะ ความรู้เชิงลึก และการเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ของพยาบาลอย่างมาก^{2,5,27}

การมีกรอบสนับสนุนการตัดสินใจและโครงสร้างสนับสนุนเชิงจริยธรรมที่ชัดเจน เช่น โครงการพัฒนาสมรรถนะ จริยธรรมและเครื่องมือช่วยตัดสินใจในระยะท้าย มีส่วนช่วยลดความตึงเครียดทางจริยธรรม ลดแนวโน้มการเกิด burnout และยกระดับคุณภาพการดูแลปลายชีวิต²⁸⁻³¹ การพัฒนาระบบสนับสนุนดังกล่าวในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของไทยจึงมีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์อย่างยิ่ง

ในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีภาระงานสูงและความซับซ้อนของโรค พยาบาลมีความเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์และ moral distress ในระดับสูง ซึ่งสัมพันธ์กับการลดทอนความสามารถในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการสื่อสารเชิงลึกกับผู้ป่วยและครอบครัว^{29,32,33} งานทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเชิงคุณภาพในหน่วยวิกฤตชี้ว่า moral distress ที่เกิดจากข้อจำกัดเชิงระบบและความยากลำบากในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจระยะท้าย เป็นปัจจัยสำคัญที่บั่นทอนคุณภาพของการดูแลเชิงเมตตา^{18,19,27}

2. การเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว

ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .616$) ซึ่งแตกต่างจากหลักฐานในประเทศตะวันตกที่รายงานว่าครอบครัวมักประเมินคุณภาพการดูแลต่ำกว่าผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ^{33,34}

ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบทสังคมไทยที่มีค่านิยมแบบรวมหมู่และการดูแลที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวมักมีบทบาทร่วมในกระบวนการรับข้อมูลและการตัดสินใจด้านการรักษา พยาบาลจึงมองครอบครัวเป็น “หน่วยของการดูแล” (unit of care) ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด family-centered end-of-life care ที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญในการสื่อสาร การวางแผนการดูแล และการตัดสินใจ^{25,34}

การบูรณาการแนวคิด palliative care แบบสหสาขาวิชาชีพที่ให้ความสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากแนวทางวิชาชีพและข้อเสนอเชิงนโยบายระดับนานาชาติ ว่าช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และการปรับตัวทางจิตสังคมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล^{32,34} งานทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลที่ครอบครัวมีส่วนร่วมยังเสนอว่า พฤติกรรมวิชาชีพที่คำนึงถึงความปลอดภัยทางวัฒนธรรม การสื่อสารที่เปิดกว้าง และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อความไว้วางใจและความพึงพอใจของครอบครัว^{25,32,34}

เมื่อพิจารณาพร้อมกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวไม่แตกต่างกัน อาจสะท้อนว่าพยาบาลสามารถบูรณาการการดูแลที่ให้ความสำคัญทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย และสอดคล้องกับทิศทางของแนวทาง palliative care สมัยใหม่ที่ยอมรับครอบครัวเป็นผู้รับบริการร่วม^{32,34}

ข้อจำกัดของการศึกษา

การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และเก็บข้อมูล ณ เวลาเดียวเท่านั้น จึงไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของความพึงพอใจตามช่วงเวลาของการดูแลได้ และการเก็บข้อมูลใน

โรงพยาบาลเดียว จำกัดความสามารถในการนำผลไปใช้กับบริบทอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีระดับหรือบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ข้อสรุป (Conclusions)

การศึกษาความพึงพอใจต่อพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยระดับประคอง ณ โรงพยาบาลตติยภูมิสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้:

1. ผลความพึงพอใจในภาพรวมที่อยู่ในระดับสูงมาก ($x = 4.68$) สะท้อนถึงความสำเร็จในการบูรณาการจริยธรรมวิชาชีพเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะจุดแข็งในด้าน "ภาพลักษณ์วิชาชีพและความน่าเชื่อถือ" และ "ความเอื้ออาทร" ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลแบบระดับประคองที่ช่วยสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้รับบริการในภาวะเปราะบาง

2. ระดับความพึงพอใจในทุกรายการอยู่ในระดับสูง แต่ผลการวิจัยชี้ให้เห็น "โอกาสในการพัฒนา" ในด้านการรับฟังเชิงลึกและการปลอบโยนให้กำลังใจ ซึ่งสะท้อนว่าในบริบทการดูแลระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคาดหวังต่อพยาบาลมากกว่าการดูแลด้านกายภาพ แต่ต้องการการสนับสนุนทางจิตใจและการสื่อสารเชิงบำบัด (Therapeutic Communication) เพื่อคลี่คลายประเด็นความขัดแย้งทางค่านิยมและอารมณ์

3. ความสำเร็จของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care): การที่ระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.616$) เป็นข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์ว่า พยาบาลในบริบทนี้สามารถให้คุณค่าและปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยและครอบครัวในฐานะ "หน่วยของการดูแลเดียวกัน" (Unit of Care) ได้อย่างเสมอภาคและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันตามปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่และเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการในการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยได้ดังนี้

1. งานวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ลำดับต้นๆ ที่ประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างเป็นระบบ โดยใช้มุมมองการวิเคราะห์จากทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งช่วยยืนยันว่า "พฤติกรรมจริยธรรม" คือตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. ผลการศึกษาได้จำแนกให้เห็นความแตกต่างระหว่าง "จริยธรรมเชิงแนวปฏิบัติ" (อาทิ ความสะอาดเรียบร้อย ความรับผิดชอบ) ซึ่งพยาบาลทำได้ดีเยี่ยม กับ "จริยธรรมเชิงสัมพันธภาพและการสื่อสาร" (อาทิ การรับฟังเชิงลึก การปลอบโยน) ซึ่งระบุว่าเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องพัฒนา องค์ความรู้นี้ช่วยให้ผู้วางแผนหลักสูตรสามารถปรับจุดเน้นจากการสอนจริยธรรมเชิงทฤษฎี ไปสู่การฝึกฝน "ทักษะการสื่อสารเชิงบำบัดและการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ" ที่สอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้รับบริการ

3. การไม่พบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านวัฒนธรรมสุขภาพไทยว่า ในบริบทประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ที่หลอมรวมเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of Care) ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของโมเดล Family-Centered Care ในบริบทโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสามารถใช้เป็นแนวทางต้นแบบให้แก่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกหน่วยที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาพิจารณาอนุมัติโครงการ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนเฉพาะจากแหล่งทุนภายนอก

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Palliative care**. 2020 [cited 2026 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Ferrell BR, Paice JA. **Oxford textbook of palliative nursing**. 5th ed. Oxford University Press; 2019.
3. Johnston B, Larkin P, Connolly M, Barry C, Narayanasamy M, Östlund U, et al. Dignity-conserving care in palliative care settings: an integrative review. **J Clin Nurs** 2015; 24(13-14): 1743-72. DOI: 10.1111/jocn.12791
4. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. **Am J Nurs Sci** 2013; 2(1): 1-5. DOI:10.11648/j.ajns.20130201.11
5. Wiegand DL, Grant MS, Cheon J, Gergis MA. Family-centered end-of-life care in the ICU. **J Gerontol Nurs** 2013; 39(8): 60-8. DOI: 10.3928/00989134-20130530-04
6. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. **Crit Care Med** 2007; 35(2): 422-9. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D
7. Liu Q, Zheng X, Xu L, Chen Q, Zhou F, Peng L. The effectiveness of education strategies for nurses to recognise and manage clinical deterioration: a systematic review. **Nurse Educ Today** 2023; 126: 105838. DOI: 10.1016/j.nedt.2023.105838
8. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง. 18 เมษายน 2562; หน้า 37-46.
9. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ** 2017; 357: j2925. DOI: 10.1136/bmj.j2925
10. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. **การพยาบาลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและภายหลังตาย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
11. อรุณ โพธิงาม. **การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. **วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ** 2566; 8(2): 117-26.
12. ปันดดา สุวรรณ, ดารัตน์ สานันท์, ธนพัฒน์ ไชยป้อ, ตูลา วงศ์ปาลี, วันทนีย แสงวัฒนะรัตน์, เจริญ พงศ์สถาพร. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น. **พยาบาลสาร** 2560; 44(2): 89-103.

13. Maluwa VM, Maluwa AO, Mwalabu G, Msiska G. Assessment of ethical competence among clinical nurses in health facilities. **Nurs Ethics** 2022; 29(1): 181-93. DOI: 10.1177/09697330211010259
14. อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย. **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2545.
15. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **นโยบายด้านจริยธรรม**. โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2565.
16. Kelley AS, Meier DE, eds. **Meeting the needs of older adults with serious illness: challenges and opportunities in the age of health care reform**. Springer; 2014.
17. Salim NA, Taylor J. Efficacy of virtual reality in managing pain for patients in palliative care: a systematic review and meta-analysis. **J Pain Symptom Manage** 2026; 71(1): e1-e17.
DOI:10.1016/j.jpainsymman.2025.08.030
18. จงกล ด้อยมาเมือง. โครงการพัฒนาจริยธรรมเรื่อง “การพัฒนาระบบและกลไกส่งเสริมสมรรถนะจริยธรรมทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ พ้องความสามารถในการดูแลตนเอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2” งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์. **วารสารพยาบาลสวนดอก** 2563; 26(2): 5-19.
19. นิภากร ไสยมรรคา. การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. **วารสารพยาบาลสวนดอก** 2563; 26(2): 20-35.
20. Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics**. 8th ed. Oxford University Press; 2019.
21. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: The state of the science. **Nurs Ethics** 2018; 25(5): 552-70. DOI:10.1177/0969733016664975
22. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM, et al. Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. **BMC Nurs** 2024; 23(1): 467. DOI:10.1186/s12912-024-02087-5
23. De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, et al. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. **Nurs Ethics** 2021; 28(5): 614-27. DOI:10.1177/0969733020964859
24. Kim S, Tak SH. A conceptual analysis of psychological burnout among nurses providing terminal care. **J Adv Nurs** 2005 [cited 2026 Jan 21]. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.17056>
25. Takahashi Y, Utsumi S, Fujizuka K, Suzuki H, Takadera Y, Nakamura M. Impact of a decision-making support framework on nurse burnout and quality of end-of-life care: A before-and-after study in intensive care units. **Int J Nurs Stud Adv** 2025; 9: 100438. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2025.100438
26. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumaran N, Bensemmane S, van Dusseldorp I, et al. Palliative care interventions in intensive care unit patients. **Intensive Care Med** 2021; 47(12): 1415-25.
DOI: 10.1007/s00134-021-06544-6
27. Riegel M, Randall S, Ranse K, Buckley T. Healthcare professionals' values about and experience with facilitating end-of-life care in the adult intensive care unit. **Intensive Crit Care Nurs** 2021; 65: 103057.
DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103057
28. Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. **J Clin Oncol** 2024; 42(19): 2336-57. DOI: 10.1200/JCO.24.00542

29. Ward K, Dizon L. What is known about family-inclusive inpatient care from patient and family perspectives? An integrative review. **J Adv Nurs** 2025; 81(11): 7431-46. DOI:10.1111/jan.70046
30. Storm E, Bergdahl E, Tranvåg O, Korzhina Y, Linnanen C, Blomqvist H, et al. Palliative nurses' experiences of alleviating suffering and preserving dignity. **Nurs Ethics** 2025; 32(7): 2018-32. DOI: 10.1177/09697330251326235
31. Pun J, Chow JCH, Fok L, Cheung KM. Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. **BMJ Open** 2023; 13(2): e067304. DOI:10.1136/bmjopen-2022-067304
32. Wang M, Ding X. Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. **BMC Palliat Care** 2025; 24(1): 162. DOI: 10.1186/s12904-025-01800-8
33. Essawi M, Goldblatt H, Stashefsky-Margalit R, Drach-Zahavy A. Cultural awareness and family satisfaction: the moderating roles of nurses' positive emotions and nurse-family cultural similarity. **J Appl Gerontol** 2005. DOI: 10.1177/07334648251383639
34. Kim Y, Kim DH. Interventions for family involvement enhance end-of-life care for hospitalized patients: an integrative review. **BMC Nurs** 2024; 23(1): 917. DOI:10.1186/s12912-024-02538-z