

**การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว :**  
**การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก**  
**End-of-Life Care and Family : Service Provision**  
**and Roles of Clinical Social Workers**

ปรียานุช โชคธรวณิชย์<sup>1</sup>

Preeyanuch Choktanawanich<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ**

การศึกษาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสานวิธี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลักและเสริมด้วยข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้แบบสอบถามกับนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 131 แห่งทั่วประเทศ ได้รับแบบสอบถามกลับมาจำนวน 80 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 61.06) และเสริมด้วยข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.3 มีช่วงอายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 35.7 สำเร็จการศึกษาในปริญญาตรีด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 36.0 สังกัดอยู่ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค (โรงพยาบาลทั่วไป) ร้อยละ 48.8 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ที่ 5.5 ปี (น้อยสุด < 1ปี, มากที่สุด 26 ปี) ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับ

---

<sup>1</sup>อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>2</sup> Lecture at Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

E-mail : cpreeyan@staff.tu.ac.th

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 68.8 สำหรับรูปแบบการจัดบริการในกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ พบว่าในขั้นตอนการแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact finding) นักสังคมสงเคราะห์มีการสัมภาษณ์ประวัติข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 96.9 ส่วนรูปแบบที่นักสังคมสงเคราะห์ให้บริการน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการให้บริการ/ให้ความช่วยเหลือ (Intervention) การจัดกิจกรรมศิลปะบำบัดแก่ครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 18.8 บทบาทในการให้บริการโดยตรงของนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า มีบทบาทหลักในสัดส่วนประมาณร้อยละ 90 คือ บทบาทเป็นผู้ประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และบทบาทพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทในการให้บริการโดยอ้อม คือ บทบาทเป็นอาจารย์นิเทศงานนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ในการฝึกภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ร้อยละ 17

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีบทบาทที่หลากหลาย ด้านองค์ความรู้ที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน คือ ฐานคิดการดูแลแบบองค์รวม แนวคิดมนุษยนิยม การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และแนวคิดทางด้านความเชื่อทางศาสนาโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ด้านเทคนิคหรือทักษะที่สำคัญคือ ทักษะของสัมพันธภาพทางวิชาชีพ ทักษะของการสื่อสาร ทักษะการให้การปรึกษา ครอบครัวบำบัด และเทคนิคการบอกความจริง (Telling Truth) แก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว

**คำสำคัญ :** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การจัดบริการ, บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก

### Abstract

The study on the End-of-Life Care and Family: Service Provision and Roles of Clinical Social Workers aimed to study the caring service patterns provided for the end-of-life patients in the hospitals. It also investigated the roles of clinical social workers on providing the care for the end-of-life

patients. The mixed methods were used in this research; namely, the quantitative method was principally used and additionally supplemented with the qualitative data. The questionnaires were distributed to the social workers or social work practitioners providing the palliative care for the end-of-life patients and families in 131 government hospitals nationwide. Eighty questionnaires (61.06%) were returned accordingly. The in-depth interviews of four social workers having the experience on providing the care to the end-of-life patients for at least three years were regarded as the supplemented data for this research.

The quantitative study results revealed that most of the respondents were female. It was further found out that 91.3% of them aged 41-50 years old; 35.7% obtained the bachelor's degree with the social work program; 36.0% worked under the regional hospitals (general hospitals); 48.8% had the average experience on providing the care to the end-of-life patients for 5.5 years (minimum = < 1 year, maximum = 26 years) whereas 68.8% of the respondents were never been trained on providing the palliative care for the end-of-life patients. In regard with the patterns of social work services, it was found that in the fact-finding step, 96.9% of the social workers mostly interviewed the end-of-life patients and families. In contrary, the pattern of service least provided by the social workers was involved with the intervention i.e. only 18.8% held the activities of art therapy for the end-of-life patients and families. For the role on providing the direct services of the social workers, 90% of the role was involved with the coordination of social resources with and the protection of rights provided for the end-of-life patients and families. Regarding the role on providing the indirect services, 17% of the role was involved with the orientation and practices related to

the palliative care provided for the end-of-life patients and families.

The results of qualitative study, the role of social workers on providing the palliative care for the end-of-life patients and families was diverse. The body knowledge applied in the social work practices included the concepts of holistic care, humanism, religious belief, and also the respect of humanization and dignity based on the client-centered care. The important techniques or skills involved were mainly the professional relationship, communication and consulting skills, family therapy, and truth telling technique provided for the end-of-life patients and/or families.

**Keywords :** End-of-Life Care and Family, Service Provision, Roles of Clinical Social Workers

### บทนำ

ในอดีตที่ผ่านมาการดูแล “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หรือ “ผู้ใกล้ตาย” มักจะเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวหรือสถานศาสนาตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเรื้อรังจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ต่อมาเมื่อการแพทย์และสาธารณสุขเจริญรุดหน้า บทบาทของครอบครัวและศาสนาได้มีบทบาทลดลง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มักป่วยเป็นโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับบำบัดรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างต่อเนื่อง อาทิ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเอดส์ ฯลฯ จึงส่งผลให้ในวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย มักจะมีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ดังประโยคที่ว่า...

*“...เมื่อมนุษย์เกิดมา ในช่วงแรกส่วนมากจะมีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักความรู้ และประสบการณ์ที่ถ่ายทอดให้กัน ทำให้การดูแลทารกแรกเกิดเป็นไปอย่างมีความมั่นใจและมีความสุข แต่ปรากฏว่าผู้ที่ต้องดูแลบุคคลในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่จะต้องอำลาโลกนี้ไปต่างรู้สึกไม่มีความมั่นใจว่าจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสมจึง*

พยายามหาผู้อื่นเป็นที่พึ่งหรือปิดเป้าให้พ้นจากภาระของตน...” (โคภณ นภธร, 2550, น.4)

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยได้เดินทางมาถึง “วาระสุดท้ายของชีวิต” ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งเจตจำนงเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวตกเป็นผู้อยู่ในกระบวนการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะ “การยื้อชีวิต” โดยมีพันธนาการล้อมรอบตัวผู้ป่วย หรือ การเลือกวิธี “การุณยฆาต” (Mercy Killing) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างทุกข์ทรมานน้อยที่สุด หรือ การตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับไปใช้ช่วงชีวิตสุดท้ายที่บ้านเพื่อให้ทุกคนในครอบครัวได้ดูแลจนกระทั่งสิ้นลมหายใจ ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจใดๆก็ตาม ผลกระทบย่อมเกิดต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งสิ้น

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน พบว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีการปรับเปลี่ยนไปจากเดิม ที่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวที่สุดด้วย เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติแบบองค์รวม กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายคือ การระงับหรือลดความทุกข์ทรมาน (Suffering) ของผู้ป่วย โดยหากต้องการทราบถึงปัญหาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินประวัติของโรค อาการไม่สบายทางกาย/ทางใจ ความสามารถในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สภาพทางสังคม ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และการเตรียมตัวต่อการเสียชีวิต (สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2550, น.71)

จากแนวคิดข้างต้น จึงส่งผลให้เกิดการตื่นตัวของนักวิชาชีพในสาขาต่างๆ ไม่ว่าจะ แพทย์ พยาบาล รวมถึง “นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์” ได้มีความพยายามร่วมมือเพื่อสร้างชุดองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ฯลฯ

โดยนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ถือเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในเชิงมิติจิตสังคม มีบทบาทในการ

ประเมินทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย บทบาทในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบทบาทการทำงานกับครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยได้จากไปแล้ว (Reith, M., Payne, M., 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในประเทศไทยพบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในมิติของงานสังคมสงเคราะห์ที่ไม่นานนัก มีเพียงการศึกษาของทิพวรรณ วีระกุล (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา การศึกษากระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและญาติ/ผู้ดูแลในการเข้ารับบริการที่สถานบำบัดโรคยาศาลวัดคำประมง ตำบลสว่าง อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนครของวรลักษณ์ เจริญศรี (2556) การศึกษาคุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของอรรกัญญา ธนวิสุกุล (2556) และการศึกษาความผูกพันในงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยนางสาวสุกัญญา มีสกุลทอง (2556) และการศึกษาความรู้ของพระนิตินันท์ปริญาตรีที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาพระนิตินันท์วิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วังน้อย จังหวัดอยุธยา ของพระสรเสริญ รัตนเกษตร (2557)

นอกจากนี้เป็งานเขียนในลักษณะหนังสือของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) และณัฐพัชร์ สโรบล. (2555) ซึ่งเขียนเกี่ยวกับการดูแลในภาวะสุดท้ายและการสิ้นชีวิตโดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ งานเขียนในลักษณะบทความวิชาการของกิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2557) เรื่องการประชมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และงานเขียนของนักสังคมสงเคราะห์ในลักษณะเรื่องเล่าจากประสบการณ์การทำงานของวิรมลล์ จันทรดี ได้แก่ เรื่อง การประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคม (2550), ความทรงจำที่ไม่ตาย “End of Life Not End of Light” (2550), การแจ้งความจริง: บทบาทที่ท้าทายนักสังคมสงเคราะห์ (2556) และของกุลนิษฐ์ ดำรงสกุล. ผู้ดูแลกับการรับมือด้านความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับแก้ไขปรับปรุง) (2559) บทความเรื่อง "วาระสุดท้าย" ส่งเข้าประกวดเรื่องเล่าจากใจ งาน Siriraj Palliative Care Day 2017 (2560)

จากการทบทวนตำรา งานวิจัย และเอกสารเกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นรูปแบบการจัดการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งถือว่ามีความสำคัญต่อบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่การทำงานสายสุขภาพร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจว่าปัจจุบันนี้รูปแบบในการจัดบริการในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเป็นอย่างไรและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีบทบาทอย่างไร อันจะนำไปสู่ผลการ สัมรวจภาพรวมของรูปแบบการให้บริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกของ ประเทศไทยต่อไป

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ของรัฐ
2. เพื่อศึกษาบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและครอบครัว

### ขอบเขตในการศึกษา

#### ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้ศึกษาทำการศึกษารูปแบบการจัดการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลของรัฐที่มีนักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงาน และบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

#### ขอบเขตประชากรในการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1. ประชากรสำหรับการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaires) ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์คลินิกที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 131 โรงพยาบาลทั่วประเทศ

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์คลินิกที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ 1) ภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดเชียงใหม่ 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 3) ภาคกลาง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร 4) ภาคใต้ คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 4 คน

### นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอันเนื่องมาจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการบรรเทาความเจ็บปวด หรือการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาการจะทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว หมายถึง การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณโดยทีมสหวิชาชีพ เน้นการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าจะเป็นการดูแลรักษาให้หายจากโรค โดยยึดถือตามค่านิยม ความเชื่อทางด้านศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและผ่านพ้นช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในช่วงเวลาสุดท้าย รวมถึงการดูแลครอบครัวในภาวะวิกฤตที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว



รูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง รูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นการจัดบริการของนักสังคมสงเคราะห์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ตามกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก หมายถึง บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในเชิงลึกโดยตรงในการให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งการให้บริการโดยตรงและโดยอ้อม

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ทำให้ทราบถึงรูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลของรัฐ
2. ทำให้ทราบถึงบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

### ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก” มีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลของรัฐ และบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยมีระเบียบวิธีการศึกษาดังนี้

#### วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสวนวิธี โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรูปแบบนำ-แบบรอง (dominant – less dominant design) (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล, สุภาพ ฉัตรารณณ์, 2545, น.227) กล่าวคือ ผู้ศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลักและเสริมด้วยข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้เพิ่มความลุ่มลึกของข้อมูลในบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การศึกษาเอกสาร (Documentary Study) โดยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมบทความทางวิชาการ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ เว็บไซต์ รวมถึงหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาจากภาคสนาม (Field Study) โดยแบ่งวิธีการเก็บข้อมูลภาคสนามออกเป็น 2 วิธีการ คือ

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) กับ นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ในโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 131 แห่งทั่วประเทศ

2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับ นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานด้านการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 3 ปีขึ้นไป จาก 4 โรงพยาบาล ใน 4 ภูมิภาคของประเทศ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

1. เชิงปริมาณ ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์/ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จำนวน 131 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ดังนี้

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน/โรงพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	95
กรมการแพทย์	19
ทบวงมหาวิทยาลัย	5
สำนักงานแพทย์กทม.	9
กรมควบคุมโรค	1
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1
สภาวิชาชีพไทย	1
<b>รวม</b>	<b>131</b>

โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 80 ชุด คิดเป็นร้อยละ 61.06

2. เชิงคุณภาพ ประชากรในการศึกษาในเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีเกณฑ์ดังนี้

2.1 เป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานด้านการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 3 ปี ขึ้นไป

2.2 เป็นบุคคลที่เต็มใจให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยคัดเลือกนักสังคมสงเคราะห์ จาก 4 โรงพยาบาลใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ 1) ภาคกลาง: คุณวีรมาลย์ จันทรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์ชีววิถี ฝายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กทม. 2) ภาคเหนือ: คุณอรุณรัตน์ เหล็กเพชร รองหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: คุณเยาวเรศ คำมะนาว นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น และดำรงตำแหน่งนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย 4) ภาคใต้: คุณสุกัญญา ปฐมระวี นักสังคมสงเคราะห์ (หัวหน้างานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสร้างแบบสอบถามจากวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (จำนวน 12 ข้อ)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของนักสังคมสงเคราะห์ (จำนวน 27 ข้อ)

ส่วนที่ 3 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (จำนวน 24 ข้อ)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (In-Depth Interview) กับ นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานด้านการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 3 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน โดยใช้ลักษณะคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ

1) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 4 คน และเป็นนักวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม จำนวน 1 คน รวมจำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความสมบูรณ์ข้อคำถามในแบบสอบถามก่อนนำไปทดลองใช้

2) ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะต่อแบบสอบถามมาปรับปรุงให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและนำไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลที่มีใช้ผู้ตอบแบบสอบถามหลัก จำนวน 30 ชุด จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .8713 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแนวคำถามก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลและใช้วิธีการเก็บแบบสอบถามทางไปรษณีย์กับนักสังคมสงเคราะห์ 131 โรงพยาบาลทั่วประเทศ

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาติดต่อกับนักสังคมสงเคราะห์จำนวน 4 ท่านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยทำการนัดหมายและขออนุญาตบันทึกเสียงในขณะที่สัมภาษณ์เชิงลึก

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square โดยกำหนดระดับนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Content Analysis) และนำมาจัดลำดับหมวดหมู่เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์สาระของข้อมูลอีกครั้ง (Thematic Analysis) โดยข้อมูลในเชิงคุณภาพได้ถูกนำมาใช้วิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างของข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 สรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปของนักสังคมสงเคราะห์กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในสถานพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 131 โรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 80 ชุดคิดเป็นร้อยละ 61.06 โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่ตอบแบบสอบถามเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.3 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุคือ 44 ปี อายุต่ำสุด คือ 23 ปี สูงสุดคือ 59 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ ช่วงอายุของนักสังคมสงเคราะห์มากที่สุดได้แก่ ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35.7 ระดับการศึกษาหรือคุณวุฒิที่สำเร็จการศึกษาของนักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 36.0 สำเร็จการศึกษาในปริญญาตรีในด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์โดยมากที่สุด โรงพยาบาลที่นักสังคมสงเคราะห์สังกัดมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่วนภูมิภาคประเภทโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 48.8 หน่วยบริการที่นักสังคมสงเคราะห์สังกัดมากที่สุดได้แก่ ฝ่ายสวัสดิการสังคม ร้อยละ 68.4 ตำแหน่งงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่มีมากที่สุดได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการถึงชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 75.9 กลุ่มเป้าหมายหลักที่นักสังคมสงเคราะห์ให้บริการมากที่สุดได้แก่ ทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 58.2 ช่วงระยะเวลาในการทำงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ที่มีระยะเวลามากที่สุดได้แก่ ช่วง 20 ปีขึ้นไปร้อยละ 42.9 โดยนักสังคม

สงเคราะห์ที่มีระยะเวลาในการทำงานสังคมสงเคราะห์น้อยสุดคือ มีระยะเวลาการทำงานไม่ถึง 1 ปี และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีระยะเวลาในการทำงานสังคมสงเคราะห์มากที่สุดคือ 36 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักสังคมสงเคราะห์อยู่ที่ 5.5 ปี มีระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยสุดคือน้อยกว่า 1 ปี และมากที่สุดคือ 26 จำนวน 3 ใน 4 ของจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่มีช่วงระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยกว่า 5 ปี จำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งหมดของนักสังคมสงเคราะห์มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5 คน โดยหน่วยงานที่มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งหมดน้อยที่สุดคือ 1 คน และหน่วยงานที่มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งหมดมากที่สุดคือ 31 คน และมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 คน จำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดในช่วงจำนวน 1-5 คน ร้อยละ 89.7 นักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.8 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการสำรวจการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวจาก 80 โรงพยาบาลที่ตอบกลับมีการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวจำนวน 64 โรงพยาบาลหรือคิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลพบว่า นักสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค (รพ. ทั่วไป) มีการจัดบริการมากที่สุดจำนวน 27 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 69.2

### **รูปแบบการจัดบริการในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของนักสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามขั้นตอนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์**

รูปแบบที่มีการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของนักสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามขั้นตอนได้ดังนี้

ขั้นตอนการแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact finding) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์เกือบทุกคนได้สัมภาษณ์ประวัติข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และมีการติดตามลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง ร้อยละ 96.9 และ 92.2 ตามลำดับ

ขั้นตอนการประเมินและวินิจฉัยทางสังคม (Social Assessment and Diagnosis) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์เกือบทั้งหมดได้มีการประเมินวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัว ร้อยละ 95.3

ขั้นตอนการวางแผน (Planning) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์วางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการประชุมกลุ่มครอบครัว ร้อยละ 89.1 และวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการประชุมทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ 95.3

ขั้นตอนการให้บริการ/ให้ความช่วยเหลือ (Intervention) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มากกว่าร้อยละ 80 ให้บริการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีจำเป็น การลงเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการใช้เวลาในวาระสุดท้ายที่บ้าน และมีการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ การเป็นผู้บอกข้อเท็จจริง (แจ้งข่าวร้าย) แก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว การให้บริการจิตบำบัดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การให้บริการครอบครัวบำบัดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การให้บริการกลุ่มบำบัดแก่ครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายแก่ผู้ป่วยฯ การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายแก่ครอบครัว และการจัดกิจกรรมศิลปะบำบัดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดกิจกรรมศิลปะบำบัดแก่ครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสัดส่วนน้อยที่สุดคือร้อยละ 20.3 และร้อยละ 18.8 ตามลำดับ

ขั้นตอนการติดตามและการประเมิน จากจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดพบว่า มีประมาณครึ่งหนึ่งของนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้เข้าร่วมพิธีศพของผู้ป่วย/งานทำบุญให้แก่ผู้ป่วย และมีการติดตามภาวะจิต-สังคมของครอบครัวภายหลังที่ผู้ป่วยจากไป

### **บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว**

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จำแนกตามขั้นตอนดังนี้

บทบาทในการให้บริการโดยตรง จากจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า มีบทบาทหลักในสัดส่วนประมาณร้อยละ 90 คือ บทบาทเป็นผู้ประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รองลงมาคือ การเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ประมาณร้อยละ 70 และบทบาทเป็นผู้บำบัดผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนน้อยที่สุดประมาณร้อยละ 10 ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในการปฏิบัติทั้งหลักและรองใกล้เคียงกัน

บทบาทในการให้บริการโดยอ้อม จากจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่ไม่มีบทบาทแต่อย่างใด ในสัดส่วนประมาณร้อยละ 80 คือ บทบาทเป็นผู้ผลักดันนโยบายในระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว บทบาทเป็นผู้ผลักดันนโยบายในระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว บทบาทเป็นนักวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และบทบาทเป็นอาจารย์สอน/ผู้บรรยายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวแก่นักศึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 30 มีบทบาทรองในการเป็นผู้ผลักดันนโยบายในระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และบทบาทเป็นอาจารย์นิเทศงานนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ในการฝึกภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และบทบาทเป็นอาจารย์สอน/ผู้บรรยาย/ผู้บรรยายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวแก่นักศึกษาสังคมสงเคราะห์นั้นมีส่วนของการเป็นผู้มีบทบาทหลักมากที่สุดคือประมาณร้อยละ 10-17

### **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร**

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า การจัดบริการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ พบว่าการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และประเภทของโรงพยาบาลที่สังกัด พบว่า การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับประเภทของโรงพยาบาลที่สังกัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามขั้นตอนต่างๆ และประเภทของโรงพยาบาลที่สังกัด พบว่า มี 4 ขั้นตอนของบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับประเภทของโรงพยาบาลที่สังกัด คือ การติดตามลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง การให้บริการกลุ่มสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม-จิตใจ (Support Group) แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายแก่ครอบครัว

## ส่วนที่ 2 สรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ นักสังคมสงเคราะห์ผู้ทำงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จำนวน 4 คน โดยมีสรุปผลการศึกษาดังนี้

### 1. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

1) บทบาทที่หลากหลายของนักสังคมสงเคราะห์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดมีหลากหลายบทบาทในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยเริ่มตั้งแต่บทบาทการสร้างสัมพันธ์ทางวิชาชีพ การสัมภาษณ์ การประเมินทางสังคม การให้การปรึกษา การเยี่ยมบ้านผู้ใช้บริการ

บทบาทการเป็นผู้สนับสนุนด้านจิต-สังคม ด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ บทบาทเป็นผู้ประสาน บทบาทการเป็นคนกลาง บทบาทการติดตามผู้ป่วย

2. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์กับการทำงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

1) ความเข้าใจต่อบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: จากข้อถกเถียงมาสู่การทำงานร่วมกัน ในด้านบทบาทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ พบว่า ในจุดเริ่มต้นของการบุกเบิกการทำงาน พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ได้รับคำถามทั้งจากวิชาชีพเดียวกันและต่างวิชาชีพว่าการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความจำเป็นต้องเป็นความชำนาญการพิเศษเฉพาะหรือไม่ และหลายวิชาชีพยังไม่เข้าใจบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่าที่ควรอย่างไรก็ตามพบว่าในโรงพยาบาลบางแห่ง สหวิชาชีพให้การยอมรับและเข้าใจบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์มากยิ่งขึ้นเนื่องจากการทำงานที่เน้นเชิงลึกในมิติทางจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความสามารถในการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการทำงานส่งผลให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกับเครือข่ายในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2) การทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยดีและจากไปอย่างสงบ (Good Death) นักสังคมสงเคราะห์สะท้อนว่าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยดีและสงบถือเป็นอีกบทบาทหนึ่งของนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3. องค์ความรู้ (แนวคิด/ทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์, รูปแบบการปฏิบัติงาน, วิธีการปฏิบัติงาน, กระบวนการ, เทคนิค) ที่ถูกนำมาเป็นฐานประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

1) จุดเริ่มต้น...เริ่มจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักสังคมสงเคราะห์พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดไม่ได้ผ่านการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยตรงในการเรียนในระดับมหาวิทยาลัย แต่องค์ความรู้ที่ได้มานั้น เกิดจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เช่น การราวน์วอร์ด (Round Ward) กับวิชาชีพอื่นๆ การอบรมเพิ่มเติมภายหลังสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ได้

ให้ข้อมูลว่าองค์ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีกับการทำงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การให้การปรึกษา, ครอบครัวยุติธรรม, แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ, แนวคิดการสนับสนุนทางจิต-สังคม เป็นต้น

2) การปฏิบัติงานโดยใช้ฐานคิดการดูแลแบบองค์รวม แนวคิดมนุษยนิยม การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และแนวคิดทางด้านความเชื่อศาสนาโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง นักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดให้ข้อมูลตรงกันว่า การให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การประยุกต์ใช้ “แนวคิดมนุษยนิยม” (Humanistic Concept) มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการ ในขณะที่การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเคารพเกี่ยวกับความแตกต่างหลากหลายของศาสนาของผู้ใช้บริการส่งผลให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ใช้บริการเพิ่มมากยิ่งขึ้น

4. เทคนิคหรือทักษะที่สำคัญสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ให้ข้อมูลสะท้อนว่าทักษะที่สำคัญในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้แก่ ทักษะของสัมพันธภาพทางวิชาชีพ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้การปรึกษา, ครอบครัวยุติธรรม และเทคนิคการบอกความจริง (Telling Truth) แก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว

5. ข้อท้าทายในการเป็นนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว สำหรับข้อท้าทายของการเป็นนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวนักสังคมสงเคราะห์สะท้อนการทำงานไว้ดังนี้

1) การเป็นนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกรายคือความท้าทาย นักสังคมสงเคราะห์สะท้อนว่า “ความท้าทายของการทำงานคือ แม้ทำเคสบ่อย ทำซ้ำ แต่ก็ยังไม่ชิน” แม้ว่าตัวนักสังคมสงเคราะห์เองจะมีประสบการณ์การให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นระยะเวลาหลายปี โดยปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการบางคนมีความยุ่งยากซับซ้อน ตัวนักสังคมสงเคราะห์จะหาอย่างไรให้การทำงานในมิติด้านจิต สังคมมีความชัดเจนขึ้น

2) ความท้าทายของนักสังคมสงเคราะห์เพื่อสร้างการยอมรับแก่ทีมสหวิชาชีพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า นักสังคมสงเคราะห์สะท้อนว่าการสร้างการยอมรับแก่

ทีมสหวิชาชีพในสายสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำหายอย่างมาก เนื่องจากภาพลักษณ์ของงานสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านมา ผู้คนส่วนใหญ่มักจะมีมุมมองว่างานสังคมสงเคราะห์มีบทบาทเป็นเพียงผู้ดูแลหรือคำปรึกษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่การดำรงชีพแก่ผู้ป่วยยากไร้เท่านั้น เพราะฉะนั้นการที่จะให้สหวิชาชีพยอมรับในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ได้นักสังคมสงเคราะห์ต้องทำงานที่สะท้อนองค์ความรู้และทักษะในการทำงานมิติจิต สังคม และการนำเสนอมุมมองในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการต่อทีมสหวิชาชีพ

3) ความท้าทายด้านการทำงานบนฐานความต่างทางด้านวัฒนธรรม นักสังคมสงเคราะห์ที่มีมุมมองว่าการทำงานบนฐานความต่างทางด้านวัฒนธรรมมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากในการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์บางท่านสะท้อนว่าการทำงานกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความแตกต่างกันทางภูมิภาค ต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา เป็นสิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องตระหนัก เพราะหากนักสังคมสงเคราะห์ให้บริการโดยขาดความละเอียดและประณีตในการให้บริการ ผู้ใช้บริการแต่ละราย ย่อมส่งผลให้บริการดังกล่าวไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างแท้จริง

4) ความท้าทายในการดูแลตนเอง (Self-Care) ของนักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากการทำงานสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นการทำงานกับผู้ใช้บริการที่มีความเปราะบาง ละเอียดอ่อน และซับซ้อน ส่งผลให้นักสังคมสงเคราะห์ผู้เริ่มปฏิบัติงานมือใหม่อาจละเลยในเรื่องการดูแลตนเองในขณะเดียวกันอาจส่งผลให้นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานเป็นระยะเวลานานเข้าสู่ภาวะหมดไฟในที่สุด

5) ความสัมพันธ์ที่ดีและต่อเนื่องระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติ: การสะท้อนความสำเร็จของการให้บริการ นักสังคมสงเคราะห์สะท้อนว่าการที่นักสังคมสงเคราะห์มีความสัมพันธ์ที่ดีและต่อเนื่องระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสิ่งที่สะท้อนว่านักสังคมสงเคราะห์ทำงานประสบผลสำเร็จกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว คือ การที่ผู้ใช้บริการและครอบครัวมีความไว้วางใจ (Trust) ในตัวนักสังคมสงเคราะห์ มี

การติดต่อสื่อสารกันเป็นระยะและสมาชิกหรือญาติของผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุขได้ แม้ว่าจะสูญเสียสมาชิกในครอบครัวไป

6. ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ที่มีมุมมองต่อปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงานว่าโดยส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นเกี่ยวกับบางวิชาชีพยังไม่เข้าใจบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์เอง โดยมองว่าในโรงพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่นั้น เมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานใหม่ๆ บางวิชาชีพยังไม่เข้าใจการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์มากนัก แต่เมื่อได้มีโอกาสทำงานร่วมกันก็เกิดความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น

### การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่มีนักสังคมสงเคราะห์ในสังกัดมากที่สุด และมีการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด คือ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข เหตุผลที่โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, <http://opendata.moph.go.th/fopd/data/Hospital2560.pdf>)

2. รูปแบบในการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยจำแนกตามกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการครบทุกกระบวนการปฏิบัติงาน เริ่มตั้งแต่ 1) ขั้นตอนแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact-finding) 2) ขั้นตอนการประเมินและวินิจฉัยทางสังคม (Social Assessment and Diagnosis) 3) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 4) ขั้นตอนการให้บริการ/ให้ความช่วยเหลือ (Intervention) 5) ขั้นตอนการติดตามประเมินผล (Evaluation and Follow up) ซึ่งสอดคล้องกับงานของณัฐพัชร์ สโรบล (2555, น.205-212) ที่กล่าวว่าขั้นตอนการ

ปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์เป็นการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มุ่งเน้นการให้บริการทางจิตสังคม การทำงานกับสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยบทบาทการทำงานจะเป็นไปตามกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

3. ขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์ เมื่อพิจารณาเนื้องานตามขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ พบว่า มีขั้นตอนในการให้บริการที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 1) การสัมภาษณ์ประวัติข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 2) การประเมินวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัว และ 3) การวางแผนการให้ความช่วยเหลือโดยการประชุมทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานของวิรมลล์ จันทรดี (2550) ที่กล่าวว่านักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทการประเมินปัญหาด้านสังคม (Social Assessment) ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและประเมินความพร้อมในการรับรู้ความจริงและการจัดการปัญหาเมื่อบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวแล้วเช่นเดียวกับ Dorothy (1983, p.284-258 อ้างถึงในศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2549, น.221-222) ที่สะท้อนว่าการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นักสังคมสงเคราะห์ต้องร่วมกับทีมสหวิชาชีพต้องทำงานและร่วมประสานกันอย่างเป็นระบบในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในขณะที่ยังขั้นตอนการให้บริการที่นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทน้อยที่สุดคือ ขั้นตอนการให้บริการ/การให้ความช่วยเหลือ ในด้าน 1) การจัดศิลปะบำบัดให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 2) การให้บริการกลุ่มบำบัดแก่ครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักสังคมสงเคราะห์พบว่าที่ผ่านมานักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมภายหลังการสำเร็จการศึกษาน้อยเนื่องมาจากภาระงานที่หนัก โดยบางโรงพยาบาลมีนักสังคมสงเคราะห์เพียงตำแหน่งเดียว ประกอบกับที่ผ่านมากการจัดอบรมเกี่ยวกับด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงศิลปะบำบัดหรือกลุ่มบำบัดค่อนข้างมีน้อย

4. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จำแนกตามขั้นตอน คือ บทบาทในการให้บริการโดยทางตรง จากข้อมูลนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า มีบทบาทหลักในสัดส่วนประมาณร้อยละ 90 คือ บทบาทเป็นผู้ประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ให้แก่

ผู้ป่วยและครอบครัว รองลงมาคือ การเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวประมาณร้อยละ 70 ในขณะที่บทบาทการเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและบทบาทการเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 39.1 และ 45.3 ตามลำดับ โดยบทบาทดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557, น.4-6) ที่ระบุว่า ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ 1) แพทย์/จิตแพทย์ 2) พยาบาล 3) เภสัชกร 4) โภชนากร 5) นักสังคมสงเคราะห์ 6) อาสาสมัคร/จิตอาสา 7) ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม 8) นักจิตวิทยา โดยหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ คือ 1) การประเมิน/ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน และการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้ 2) การให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน 3) การประสานการเข้าออกจากโรงพยาบาล หรือแหล่งสนับสนุน 4) การร่วมออกเยี่ยมบ้าน

โดยข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกันที่ว่า บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่จะมีบทบาทหลักในการเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว มีบทบาทการเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและบทบาทการเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย และบทบาทในการประสานทรัพยากรทางสังคม

5. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จำแนกตามขั้นตอน คือ บทบาทในการให้บริการโดยทางอ้อม พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการเป็นอาจารย์นิเทศงานนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ในการฝึกภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.2 รองลงมาคือ การมีบทบาทเป็นอาจารย์ผู้สอน/บรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 15.6 สำหรับบทบาทที่มีน้อยคือ การมีบทบาทเป็นผู้ผลักดันนโยบายในระดับหน่วยงาน, จังหวัดและประเทศ คิดเป็นร้อยละ 7.8, 1.6, 3.1 ตามลำดับ และบทบาทการเป็นนักวิจัย คิดเป็นร้อยละ 3.1 โดยส่วนหนึ่งมีความเป็นไปได้ว่าเนื่องจากลักษณะงานที่ผ่านมา นักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่เน้นการปฏิบัติงานหรือ

ให้บริการโดยตรงจึงส่งผลให้การท้าวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวนไม่มากนัก และหากมีจะเป็นลักษณะการท้าวิจัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการสำเร็จการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

6. จากข้อค้นพบทั้งจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก พบว่า รูปแบบการทำงานเป็น “การทำงานร่วม” กล่าวคือ เป็นการท้าวางงานในลักษณะนักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยรูปแบบในการให้บริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คือ รูปแบบการให้บริการโดยตรง (Direct Practice) แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่โดดเด่นคือ บทบาทในการประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบริการการให้การปรึกษา อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์โดยส่วนใหญ่ยังเป็นงานในเชิงตั้งรับในสถานพยาบาล ยังไม่ปรากฏภาพการทำงานร่วมกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเท่าที่ควร ในขณะที่เดียวกันรูปแบบการให้บริการโดยอ้อม (Indirect Practice) ไม่ปรากฏภาพชัดเจนนัก เนื่องจากมีนักสังคมสงเคราะห์จำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ในสายสุขภาพทั่วประเทศที่สามารถท้าวางงานขับเคลื่อนในเชิงนโยบายตั้งแต่ในระดับองค์กร จังหวัดและในระดับประเทศได้

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

1. ควรมีการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่เป็นหลักสูตรเฉพาะให้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ในแต่ละระดับ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ที่เริ่มต้นปฏิบัติงาน และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การทำงานและต้องการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่



2. ควรมีการส่งเสริมภาพลักษณ์เกี่ยวกับบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเชิงลึกและครอบคลุมไว้แก่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำงานร่วมกันต่อไป

3. ควรส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์เริ่มทำงานวิจัยเพื่อพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบคลุม เช่น งานวิจัยในลักษณะการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) เพื่อนำผลงานวิจัยจากฐานการปฏิบัติงาน (Evidence-Based) มาสู่กระบวนการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในระดับองค์กรและประเทศต่อไป

4. ควรมีหลักสูตรการนิเทศงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อพัฒนาศักยภาพนักสังคมสงเคราะห์จากนักปฏิบัติที่มีประสบการณ์มาสู่การเป็นผู้นิเทศงานให้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ที่เริ่มต้นการปฏิบัติงาน

#### **ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการฝึกอบรมในด้านดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ เช่น ความต้องการในการฝึกอบรมในประชากรกลุ่มเฉพาะ อาทิ กลุ่มเด็ก กลุ่มเพศหลากหลาย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนยะ/มุมมอง/ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในด้านดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3. ควรมีการศึกษารวียอนาคตเกี่ยวกับอนาคตภาพของงานสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

#### **เอกสารอ้างอิง**

##### ภาษาไทย

กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดฉลย์. (2557). การประชุมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการ (Proceedings) เนื่องในโอกาสการสถาปนา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ปีที่ 60 เรื่อง “60 ปี คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ :

คุณค่าของวิชาชีพและพลังสู่การพัฒนาสังคม”. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. (2550). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น.257-292). นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- จุฑามาศ วารีแสงทิพย์. (2543). การฟื้นฟูคุณภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็นเตอร์ไพรส์.
- ณัฐพัชร สโรบล. (2555). การบริการผู้สูงอายุในภาวะสุดท้ายและการสวัสดิการและการจัดบริการผู้สูงอายุ. (น. 165-241). กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศ์การพิมพ์.
- ดุสิต สถาวร. (2550). Legal Issues In End-of-Life Care In the ICU. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น.405-421). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น. 15-23). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล, สุภาพ ฉัตรภรณ์. (2545). การออกแบบการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- พรทวี ยอดมงคล. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่าจุติสวัสดิ์, และวีรมลล์ จันทรดี. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เยาวรัตน์ อินทอง. (2549). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ระวีวรรณ พิไลเกียรติ. (2550). การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายและการพยาบาล วารสารเกื้อการุณย์ 14, 1 (ก.ค.-มิ.ย. 2550) 74.

- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ (2554). Living Will : มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.  
ในลักษมี ชาญเวช (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โอ  
เอส พรินติ้งเฮาส์.
- ลักษมี ชาญเวช. (บ.ก.). (2547). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริน  
ติ้งเฮาส์.
- วิมลลต์ จันทรดี. (2550). การประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคม. การดูแลผู้ป่วย  
ระยะสุดท้าย กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- วิมลลต์ จันทรดี. (2550). ความทรงจำที่ไม่ตาย End of Life Not End of Light. การ  
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- วาสนี วิเศษฤทธิ. (2549). ประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย  
กรณีศึกษาในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร วารสารเกื้อการุณย์ 13, 2 (ก.ค.-ธ.ค.  
2549) 22-23
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์  
ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). สวัสดิการผู้สูงอายุ : แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคม  
สงเคราะห์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : มิสเตอร์ก๊อบบี้ (ประเทศไทย)  
จำกัด.
- โศภณ นภาธร. (2550). คำอนุโมทนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (ม.ป.ท). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะ  
สุดท้ายสำหรับประชาชน.
- สุณี พนาสกุลการ. (2553). การส่งเสริมความผาสุกในมิติจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย  
ระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์; 17, 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2553) 5-14
- สุภาพร ดาวดี (2553). ทศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์  
รวม. ในสุภาพร ดาวดี และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตาม  
มุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แม่พระยุคใหม่.

- สุปราณี นิรุตติศาสตร์. (2550). Holistic Assessment and Communication: Physical Aspect. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล.วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย วารสารกึ่งการุณย์ 14, 1 (ก.ค.-มิ.ย. 2550) 67
- แสง บุญเฉลิมวิภาส และ ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (บ.ก.). (2552). ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนา การจากไปในวาระสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. ก่อนวันพลัดใบ (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ทีคิวพี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2553). คู่มือผู้ใช้บริการสาธารณสุขกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2549). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 114-115). กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.

### ภาษาต่างประเทศ

- Altilio, T., Otis-Green, S. (2011). Oxford Textbook of Palliative Social Work. New York, NY: Oxford University Press.
- Beresford, P., Adshead, L, Croft, S. (2007). Palliative care, social work, and service users: making life possible. London: Jessica Kingsley.
- Reith, M., Payne, Malcolm. (2009). Social Work in End-of-Life and Palliative Care. Chicago, Illinois: LYCEUM BOOKS,Inc.

งานวิจัยและวิทยานิพนธ์

กนกวรรณ โภคา (2552). ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัทมาศ วารีแสงทิพย์. (2553). การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์, พระพุทธศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

ฐิติมา โพธิศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ทิพวรรณ วีระกุล. (2546). การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พระสรสรเสริญ รัตนเกษตร. (2557). ความรู้ของพระนิสิตชั้นปริญญาตรีที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาพระนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วังน้อย จังหวัดอยุธยา. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รุ่งทิวา จุลยามิตรพร. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ระนอง สรวายเอี่ยม. (2541). จริยศาสตร์กับปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย. ปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต จริยศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

วรลักษณ์ เจริญศรี. (2556). กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและญาติ/ผู้ดูแลในการเข้ารับบริการที่สถานบำบัดต่อโรคยศาสตร์วัดคำประมง ตำบลสว่าง อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร. ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุกัญญา มีสกุลทอง. (2556). การสร้างความผูกพันในงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาดบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุวรรณณ์ แนวจำปา. (2554). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ. พุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

สุรानी ชาญฤทธิ์วัฒน์ (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรรถกาญจน์ ธนวิสิฎ. (2556). คุณภาพชีวิตและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

### สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2558 จาก <http://www.dms.moph.go.th>

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2558 จาก <http://opendata.moph.go.th/fopd/dataHospital2560.pdf>

กุลนิษฐ์ ดำรงสกุล. (2557). ผู้ดูแลกับการรับมือด้านความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. งานสังคมสงเคราะห์: โรงพยาบาลจุฬารัตน์. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2558 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/572648>

กุลนิษฐ์ ดำรงสกุล. (2560). บทความเรื่อง "วาระสุดท้าย" ส่งเข้าประกวดเรื่องเล่าจากใจ งาน Siriraj Palliative Care Day 2017. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2560 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/639273>

วีรมลต์ จันทร์ดี. (2556). การแจ้งความจริง: บทบาทที่ท้าทายนักสังคมสงเคราะห์. สืบค้น 18 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://www.medsocthai.org/index.php/2013-03-14-07-14-45/68-2015-10-01-15-18-45>

ณอมขวัญ ทวีบูรณ. (มปป.). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ภาควิชาการพยาบาลรอกฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2558 จาก [http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/\\_16.html](http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_16.html)

รัชณีย์ ป้อมทอง. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2558 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/516235>.

สุรัชย์ เลียงบุญเลิศชัย. (2554). จัดระเบียบสำนักงานทนายความ. สืบค้น 21 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.lawyerscouncil.or.th/2011/index.php?name=knowledge>

### การสัมภาษณ์เชิงลึก

เยาวเรศ คำมะนาด. นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการและนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย. โรงพยาบาลขอนแก่น. (20 ตุลาคม 2559). สัมภาษณ์.

วีรมลต์ จันทร์ดี. ผู้อำนวยการพิเศษนักสังคมสงเคราะห์ 7. ศูนย์ชีวาภิบาล ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (17 กันยายน 2559). สัมภาษณ์.

สุกัญญา ปฐมระวี. นักสังคมสงเคราะห์ (หัวหน้างานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย). โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (21 ตุลาคม 2559). สัมภาษณ์.

อรุณรัตน์ เหล็กเพชร. ร่องหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์. โรงพยาบาลมหาราชนคร  
เชียงใหม่. (19 ตุลาคม 2559). สัมภาษณ์.