



ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

Nurses' Experience in Palliative Care in the Intensive Care Unit

นุรดีนี ดือระ^{1*}, วรารณ กงสุวรรณ², กันตพร ยอดไชย²

Nurdeenee Dereh^{1*}, Waraporn Kongsuwan², Kantaporn Yodchai²

(Received: May 5, 2020; Revised: July 2, 2020; Accepted: August 7, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก 2 แห่ง ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีการวิจัยคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสส์เซิร์ล ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซ์ และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ของ ลินคอล์น และ กูบา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย 7 ลักษณะ คือ 1) การดูแลแบบองค์รวม 2) การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต 3) การดูแลให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล 4) การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว 5) การดูแลไม่ใช่โรคที่ทำให้เจ็บป่วย 6) การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา และ 7) การดูแลที่มุ่งเน้นระยะท้ายของชีวิต การศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งยังเป็นการนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*Corresponding Author: nurdeenee.d@pnu.ac.th



Abstract

The present study was aimed at describing the experience of registered nurses in palliative care of two Intensive Care Units (ICUs) in a hospital using a qualitative Husserlian phenomenology. Data providers in the study were 10 registered nurses with experience in palliative care in ICU, working in ICU for at least 2 years. Data were collected by using individual in-depth interview and were analyzed by Colaizzi's approach. The trustworthiness of this qualitative study was established by following Lincoln and Guba's criteria.

The findings revealed that the definitions of providing palliative care in the ICUs, from nurses' experiences, were given in 7 themes as follows: 1) caring as holistic care, 2) caring to reduce suffering and to increase quality of life, 3) incorporating family members and relatives into the care, 4) caring for both patients and their family, 5) caring is to cure, not to cause illness, 6) caring from the start and together with cure and 7) caring to focus on the end-of-life period. The findings of this study provide basic information of palliative care in the ICUs from nurses' experiences, and can be further used to improve the quality of palliative care in ICUs.

Keywords: Intensive care units, Nurses' experiences, Palliative care

บทนำ

การดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีจุดมุ่งหมายเพื่อพองรักษาการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อลดอัตราการตายและป้องกันภาวะทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในการรักษา แต่ก็ยังพบว่าอัตราการตายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักยังมีอัตราที่สูง (Angus & Truog, 2016) อีกทั้งในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดมีจำนวนเพิ่มขึ้น (WHO, 2018) เมื่อระบบการทำงานของร่างกายในภาวะวิกฤตไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือการช่วยรักษาชีวิตไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ การรักษานั้นมักจะไร้ประโยชน์ และมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย จนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การรักษาจึงเน้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวยอมรับความตาย และเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Ho & Tsai, 2016) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมาน รวมถึงสมาชิกครอบครัวที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในภาวะที่คุกคามต่อชีวิต (WHO, 2018)



การดูแลแบบประคับประคอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีการวินิจฉัยเบื้องต้นจนถึงระยะท้ายของชีวิตซึ่งเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ มิใช่เพียงการดูแลที่มุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย แต่ยังครอบคลุมถึงความต้องการทางด้านจิตใจจิตวิญญาณของผู้ป่วย และบรรเทาความทุกข์ของสมาชิกครอบครัวระหว่างการรักษาลดจนเตรียมความพร้อมสำหรับการตายอย่างสงบ และรวมถึงการดูแลภาวะ โศกเศร้าของสมาชิกครอบครัวหลังจากการสูญเสีย (WHO, 2016) โดยมีรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้แก่ การบรรเทาอาการทางด้านร่างกาย เช่น การจัดการความปวด อาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการไม่สบายต่างๆ รวมถึงการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ตลอดจนการดูแลในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องมีการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคและการพยากรณ์โรค เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจในการรักษาในการซื้อหรือยุติการช่วยชีวิต เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตก็ต้องให้การดูแลลดอาการทุกข์ทรมานต่างๆ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงของครอบครัวจนถึงวาระท้ายสุดท้ายของชีวิตให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการดูแลภาวะความโศกเศร้าของสมาชิกครอบครัวหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (Athitunyachaipong, 2016; Mercadante, Gregoretti, & Cortegiani, 2018) ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้เป็นอย่างดี (Mercadante, Gregoretti, & Cortegiani, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้ตาย (Fadare, Olaogun, Afolayan, Olatunya, & Ogundipe, 2014) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของอิรานมานเนสและคณะ (Iranmanesh, Razban, Tirgari, & Zahra, 2014) ศึกษาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการจัดการอาการต่างๆ อาทิเช่น อาการปวด และการบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน แต่พบว่าพยาบาลยังไม่เข้าใจถึงการดูแลแบบประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณมากนัก

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปาน



กลาง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับความรู้การดูแลแบบประคับประคองจากการเข้าอบรม การเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือจากการศึกษาความรู้ด้วยตนเอง (Sastranuruk & Pattrapakdikul, 2013) ส่วนการศึกษาของ กงสุวรรณและลอกซิน (Kongsuwan & Locsin, 2011) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เทคโนโลยีในการประคับประคองชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรู้สึกวิตกกังวลเมื่อมีเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยเพราะไม่คุ้นเคย กลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้เทคโนโลยี และยังเชื่อว่าการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ก่อประโยชน์เป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่าควรมีการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลหนักเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการใช้เทคโนโลยีในการประคับประคองชีวิตของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์พยาบาลการดูแลแบบประคับประคองที่เฉพาะเจาะจงในบริบทหออภิบาลผู้ป่วย พบเพียงการศึกษาที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลในช่วงเวลาการเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (Nirmal, Kongsuwan, & Nilmanat, 2014; Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012) และการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในบริบทของการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายว่า ผู้ป่วยมีโอกาสรอดน้อย หรือมีแนวโน้มที่ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางกายในทางที่เลวลง (Chaipetch, Nilmanat, & Kong-in, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะท้าย ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่า การที่มีการดำเนินของโรคและการพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคไปในแนวทางที่เลวลง หมดหวังในการรักษาหรือเป็นการเจ็บป่วยกะทันหันที่ครอบครัวอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน (Chuchor, 2011) จะเห็นว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาศึกษาองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง ศึกษาในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลระยะท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น และการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดที่ระบบสุขภาพให้ความสำคัญ และมีการแนะนำให้ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยายของฮัสส์เชิร์ล (McConnell-Henry, Chapman



& Francis, 2009) เนื่องจากวิธีการศึกษานี้ทำให้เข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างแท้จริงจากการบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลที่ต้องการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างเป็นองค์รวม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนให้การดูแลมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (descriptive phenomenology) ตามแนวคิดทางปรัชญาของฮัสต์เซิร์ล (McConnell-Henry, Chapman & Francis, 2009) เป็นการบรรยายประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก

สถานที่ศึกษา

หอภิบาลผู้ป่วย 2 แห่ง ของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามในหอภิบาลผู้ป่วยมีการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และได้รับการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตลอดเวลา โดยมีการบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่มากขึ้นเมื่อสัญญาณชีพทรุดลง อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการแย่งหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ทางหอภิบาลผู้ป่วยมีการยืดหยุ่นกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยม ซึ่งปกติมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไว้ 2 ช่วง คือ ช่วง 13.00-15.00 น. และ 19.00-20.00 น. และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เช่น การอาบน้ำ หรือการเช็ดตัวร่วมกับพยาบาล การอ่านอัลกุรอาน การสวดมนต์ ตลอดจนการนิมนต์พระมาสวดนอกจากนี้ทางหอภิบาลผู้ป่วยได้มีส่วนในการให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองทางด้านมิติจิตวิญญาณที่ได้ปฏิบัติ คือ การมีมุมอัลกุรอาน หนังสือบทสวดต่างๆ และเทปบันทึกเสียงบทสวดตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งญาติสามารถหยิบอ่าน และเปิดให้แก่ผู้ป่วยเมื่อเข้าเยี่ยม

ผู้ให้ข้อมูล

ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก 2 แห่ง ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ลักษณะของข้อมูลมีความอ้อมตัว ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่ม และครอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษาที่



จำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 2 ปี และ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและมีความสนใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองต่อบุคคลใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นแนวคำถามปลายเปิดผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการวิจัยเชิงคุณภาพและทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 2 ราย เพื่อให้แบบสอบถามมีเนื้อหาที่สื่อสารเข้าใจได้ถึงสิ่งที่ต้องการศึกษา

2. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) สำหรับบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในขณะสัมภาษณ์ พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค และการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง เพื่อสำรองไว้สำหรับชำระคุณสมบัติสัมภาษณ์

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เลขที่ ศร 0521.1.05/1547 ได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยก่อนสัมภาษณ์มีการลงชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและยินยอมให้บันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าจะระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้



ข้อมูล การรายงานผลการวิจัยได้ใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาใช้ในการศึกษานี้เท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 โดยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยการติดต่อกับพยาบาลที่สามารถให้ข้อมูล (key person) เพื่อช่วยค้นหาหรือติดต่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เบื้องต้นเพื่อเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้พยาบาลที่เข้าร่วมงานวิจัยแนะนำพยาบาลคนต่อไป (snowball purposive sampling) เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยได้นัดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 30-60 นาที บันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้สัมภาษณ์ เลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว สงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน และสะดวกแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกราย 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแล้วทำการถอดเทปบันทึกเสียง หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง แล้วนำมาตรวจสอบว่าข้อความใดไม่ชัดเจนและกลับไปสัมภาษณ์ซ้ำเป็นครั้งที่ 2 โดยการเก็บข้อมูลเจาะลึกบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ให้ความหมายซ้ำ ๆ หรือมีความอิ่มตัวของข้อมูล (saturation data)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นหลังจากถอดเทปบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำของผู้ให้ข้อมูลรายแรกเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนของโคไลซซี่ (Colaizzi as cited Streubert & Carpenter, 2007) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปในแต่ละครั้งที่สัมภาษณ์มาอ่านเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วจับกลุ่มคำหรือประโยคเดียวกันที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาให้มากที่สุด แล้วให้เลขลำดับบรรทัดข้อมูล เพื่อสะดวกในการนำไปใช้อ้างอิงข้อมูล หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้ บันทึกไว้ในตารางที่จัดไว้ แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดความหมายให้กับคำ กลุ่มคำ วลี หรือประโยคที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการซ้ำตามกระบวนการข้างต้นสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป จากนั้นนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และนำผลการวิเคราะห์ที่สรุปประเด็น (Themes) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เมื่อไม่มีประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้นจึงยุติการสัมภาษณ์และเผยแพร่ข้อ



ค้นพบโดยการเขียนบรรยายอย่างเรียบง่ายเพื่อให้ผู้อ่านสามารถติดตามเรื่องราวประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเข้าใจ

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากนั้นมีการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลจนเกิดความคุ้นเคย เพื่อสร้างความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัยในการพักความคิดของตนเอง (bracket) โดยไม่นำความรู้จากการทบทวนมาปะปนกับความรู้ที่ได้จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง และมีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากอาจารย์ที่ปรึกษาทุกขั้นตอน

2. การถ่ายโอนข้อมูล (transferability) โดยบรรยายถึงผู้ให้ข้อมูล บริบทและปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียดเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินในการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

3. ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (confirmability) โดยมีการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยอย่างละเอียด ทุกขั้นตอน ข้อมูลที่ได้สามารถตรวจสอบ และมีหลักฐานการยืนยันได้

4. ความไว้วางใจได้ (dependability) โดยผู้วิจัยได้มีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นกระบวนการทำวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ส่วนการได้มาของแนวคำถามในการวิจัยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง ตลอดจนผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบและคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย เพศชาย 3 ราย มีอายุตั้งแต่ 27 ถึง 41 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 3 ถึง 16 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักระหว่าง 3 ถึง 7 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียง 2 ราย ที่เคยได้รับการ



อบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มากกว่า 5 ราย และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองแก่คนในครอบครัว

ประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

ประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการรับรู้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สะท้อนสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกทางคำพูดและท่าทางการรับรู้ ความคิด และความรู้สึกของตนเอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตามประสบการณ์และการรับรู้ ซึ่งสะท้อนออกมา 7 ลักษณะ ซึ่งสามารถบรรยายและอธิบายได้ ดังนี้

1. การดูแลแบบองค์รวม

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้ครอบคลุม ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ดูแลทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณคนไข้...เช่นดูตามอาการ...ให้ผู้ป่วยละหมาดตามที่ต้องการ” (P2)

“...เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ...กาย เราก็ดูแลทำความสะอาดคนไข้ทุกวัน ดูแล hygiene care (สุขวิทยาทั่วไป) aseptic technique (ดูแลให้ปราศจากเชื้อ)...ในส่วนจิตใจทั้งคนไข้และญาติก็คนไข้ที่รับรู้หรือไม่รับรู้เราก็จะคุยกับเขา บอกก่อนว่าจะทำอะไร” (P9)

2. การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการอาการต่าง ๆ ลดอาการปวด หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและเพิ่มคุณภาพชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ดังคำบอกเล่า

“การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลตามอาการของคนไข้...ตอนนี้เราต้องทำยังไงก็ได้ให้เค้าทรมานให้น้อยที่สุด” (P1)

“พอบอกว่าเป็นคนไข้ palliative care ปุ๊บก็ให้ยาอย่างเดียว ดูตามอาการ...ก็คือดูแลให้คนไข้สุขสบาย ไม่ว่าคนไข้จะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว...อย่างที่บอกไปคือให้ inotropic (ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ) เช็ดตัว ให้ยา เช็ดตัวลดไข้ คือแก้อาการตามอาการแสดงของคนไข้ คนไข้มีปัญหาตรงไหนก็แก้ ณ จุดๆนั้น” (P2)

“...เช่นในคนไข้มะเร็งที่มีอาการปวด เรา (พยาบาล) ก็จะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และเราก็จะ มีการลดปวดโดยไม่ใช้ยาาร่วมด้วย คือการพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความปวด และทำให้ผู้ป่วย



รู้สึกผ่อนคลาย...คนไข้ไอซียูมีทั้งคนไข้วิกฤต และคนไข้ที่มีโอกาสถึงขั้นเสียชีวิต ทำให้เรา (พยาบาล) ต้องดูแลแบบประคับประคอง...เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ทุกข์ทรมาน ในขณะที่มีชีวิตอยู่และการรักษาเป็นไปตามความต้องการ” (P5)

3. การดูแลให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยโดยให้สมาชิกครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเวลาที่กำหนด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามความเชื่อ และการเปิดโอกาสให้สอบถามอาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น แนวโน้มของโรค และแนวทางในการรักษา เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยและยอมรับความเจ็บป่วย ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้

“การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ โดยให้คนไข้ไม่รู้สึกว่าตนเองป่วย รู้สึกว่าไม่ได้ อยู่โรงพยาบาล ทำยังไงก็ได้ให้คนไข้รู้สึกดี หายจากอาการที่เป็นอยู่ให้เร็วที่สุด” (P1)

“...palliative care ในไอซียู คือการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาเยี่ยมตรงต่อเวลา หรือว่ายืดหยุ่นได้ แล้วก็เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามอาการของคนไข้” (P2)

“ในเวิร์ดเราคือคนไข้อยู่กับเรา แต่ญาติอยู่ข้างนอก นั้นแสดงว่าเราต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเรื่อยๆ ว่าตอนนี้คนไข้เป็นยังไง ดีขึ้นหรือแย่ลง ทิศทางในการรักษาเป็นยังไง... เราให้ข้อมูลตั้งแต่แรก รับคนไข้เลย ตั้งแต่ซักประวัติญาติเพื่อถามข้อมูลคนไข้ เช่นเหมือนคนไข้ระบบประสาทมาถึง ผลมี hemorrhage (ภาวะเลือดออก) เราก็แจ้งคร่าวๆ ว่าตอนนี้ผลคือคนไข้มีเลือดออกในสมอง ส่วนรายละเอียดที่คุณหมอคงจะแจ้งอีกครั้ง แล้วถ้าเกิดต้องมีการผ่าตัด ญาติยอมไหม เป็นการ advise แจ้งญาติว่าสามารถตัดสินใจได้ไหม หรือต้องรอใครมาตัดสินใจร่วมด้วย” (P3)

“การให้ญาติมีส่วนร่วม ในไอซียูเรานี้ก็ส่วนใหญ่ เราจะให้ญาติมาอ่านตามความเชื่อ ถ้าไทยพุทธเราให้สวดมนต์ ถ้ามุสลิมเราให้อ่านยาซีน หรืออ่านอัลกุรอาน...ต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อทำความเข้าใจ และยอมรับอาการเจ็บป่วย จนกระทั่งมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้” (P4)

4. การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการดูแลที่ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการดูแลญาติผู้ป่วยด้วย เนื่องจากในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติ เพราะญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีการดูแลญาติโดยการให้กำลังใจแก่ญาติ เพื่อให้สามารถปรับตัว และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังคำบอกเล่า



“การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ใช่เป็นการดูแลคนไข้อย่างเดียว เป็นการดูแลญาติด้วย ส่วนมากผู้ป่วยเราจะเน้นอยู่แล้ว แต่เราจะเน้นญาติด้วย” (P1)

“... (พยาบาล) ต้องดูแลทั้งญาติและคนไข้ จนกว่าที่ญาติจะทำใจรับได้” (P3)

5. การดูแลไม่ใช่โรคที่ทำให้เจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการดูแลที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงโรคใดโรคหนึ่ง แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“มันไม่เฉพาะกับคนไข้วิกฤตหรือคนไข้ NR (not resuscitated) แต่มันเกิดขึ้นกับคนไข้ทุกคนที่เข้ามา...การดูแลแบบประคับประคองต้องดูแลทุกคน เพราะคนไข้ที่ไม่สบาย ไม่ได้ปกติอย่างเรา” (P1)

“การดูแลแบบประคับประคองถ้าที่เราไม่ได้จำกัดว่ากลุ่มโรคไหน” (P3)

6. การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ โดยพยาบาลให้การดูแลตั้งแต่การชักประวัติผู้ป่วยจากญาติ และให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจรักษา ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เราให้ตั้งแต่แรกกับคนไข้เลย ตั้งแต่ชักประวัติญาติเพื่อถามข้อมูล ...แล้วถ้าเกิดต้องมีการผ่าตัด ญาติยอมไหม เป็นการ advise (แจ้ง) ญาติ ว่าสามารถตัดสินใจได้ไหม หรือต้องรอใครมาตัดสินใจร่วมด้วย” (P3)

“เริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองเราให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้ามาที่เรา และแม้ว่าคนไข้ NR เราก็ยังให้การดูแลตามปกติ” (P5)

7. การดูแลที่มุ่งเน้นระยะท้ายของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นมักจะเน้นให้การดูแลในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต หรือหลังจากญาติตัดสินใจยุติให้การรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย โดยให้การดูแลที่เน้นประคับประคองทางด้านจิตใจ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ส่วนมากมันจะเห็นในคนไข้ที่ NR มากกว่า คนไข้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือคนไข้ที่ไม่ได้วิกฤตเราอาจจะไม่เห็นในส่วนนั้น...เราจะเน้นในระยะสุดท้าย” (P1)

“เริ่มตั้งแต่ที่ญาติบอกว่า NO CPR (no cardiopulmonary resuscitation) เราจะให้การดูแลแบบประคับประคอง” (P7)



อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองตามประสบการณ์และการรับรู้ว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดการอาการปวด อาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน เป็นต้น การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การดูแลภาวะเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้การวินิจฉัยหรือความเครียดระหว่างการรักษาในภาวะวิกฤต เป็นต้น การดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณเป็นการดูแลพิจารณาความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (WHO, 2018) รวมถึงการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตในรูปแบบการดูแลที่มีการจัดการอาการต่างๆ การลดอาการปวด หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้เทคโนโลยีประคับประคองชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ต้องการความไว้วางใจและความปลอดภัยจากการพึ่งพาเทคโนโลยี (Locsin & Kongsuwan, 2013) ซึ่งพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักรับรู้ได้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย หากพยาบาลมีความใส่ใจถึงความเจ็บปวดอาทิเช่น อาการหายใจลำบาก และภาวะบวม น้ำ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (Amanda et al., 2018)

นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า การดูแลให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเวลาที่กำหนด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามความเชื่อ และการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวสอบถามอาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น แนวโน้มของโรค และแนวทางในการรักษา เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยและยอมรับความเจ็บป่วย เนื่องจากการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤต เจ็บปล้น และเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวกในการดูแล (Fongkerd, Himananto, & Tantalanukul, 2016) แต่ปัญหาที่พบได้บ่อยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้แก่ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วย และความคิดเห็นในครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะสุดท้ายที่ไม่ตรงกัน (Jiewprasat, 2015) เพราะการดูแลแบบประคับประคองนั้น ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยด้วย เนื่องจากในภาวะวิกฤตที่



เกิดขึ้นกับผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เพราะญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีการดูแลญาติโดยการให้กำลังใจแก่ญาติ เพื่อให้สามารถปรับตัว และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Yongpattanaajit & Monkong, 2020) พบว่าญาติมีความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยในระดับปานกลาง เนื่องจากความปวดและอาการอื่นๆ จากการใส่อุปกรณ์ทางแพทย์ในการรักษา เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสายปัสสาวะ สายให้อาหาร รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่ต้องทำให้ผู้ป่วยเช่น การพลิกตะแคงตัว ทำแผลกดทับ ดูแลเสมหะ กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายหรือเจ็บปวดส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดได้

การดูแลไม่ใช่โรคที่ทำให้เจ็บป่วย เป็นการดูแลที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงโรคใดโรคหนึ่ง แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วย เพราะการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิต โดยลดความทุกข์ทรมานต่างๆ สามารถให้การดูแลตั้งแต่ต้นควบคู่กับการรักษา โดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมานนั้น ทำให้โดยการวินิจฉัยตั้งแต่แรก การประเมินที่ถูกต้อง และการจัดการความปวด รวมทั้งการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่รวมถึงจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นการให้การดูแลที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าตัวโรค (WHO, 2018) การดูแลแบบประคับประคองจึงนำมาใช้ในการดูแลอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แต่จากการศึกษายังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางคนได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยว่า เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นระยะท้ายของชีวิต โดยให้การดูแลเมื่อที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต หรือหลังจากญาติตัดสินใจยุติให้การรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย โดยให้การดูแลที่เน้นประคับประคองทางด้านจิตใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง จึงมีการรับรู้และให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลในช่วงใกล้ตาย และการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้แตกต่างกัน (Mahon & McAuley, 2010; Fadare, Olagun, Afolayan, Olatunya, & Ogundipe, 2014) ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคองคล้ายกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีพยากรณ์โรคที่แย่ลง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และการใช้ยาต่าง ๆ โดยพยาบาลจะมุ่งเน้นการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Nuekwen, Hanprasitkam, & Junda, 2016)

จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (2018) การดูแลแบบประคับประคองยังรวมถึงการดูแลจากการสูญเสียหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ที่ทำให้เกิดความโศกเศร้าซึ่งเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียจากการรับรู้ว่าต้องมีการสูญเสีย หรือสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก ใกล้ชิด มีความผูกพันหรือสิ่งที่มีคุณค่า



ต่อตนเอง (Buglass, 2010) อีกทั้งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไม่ได้ทำให้ครอบครัวโศกเศร้าเท่าที่นั่น แต่เป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวต้องมีการเยียวยาความเศร้าโศกเพื่อให้สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (Nirmal, Kongsuwan, & Nilmanat, 2014) แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้และให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองไม่ครอบคลุมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของสมาชิกครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุป

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลหนัก คือ การดูแลทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เน้นการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน และเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยการดูแลที่การเจ็บป่วยมากกว่าตัวโรคเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในการรักษา แต่ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความหมายที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองเป็น 2 แนวคิด คือ การดูแลควบคู่กับการรักษาตั้งแต่ต้นและการดูแลที่มุ่งเน้นระยะท้ายของชีวิต แต่ยังไม่รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเริ่มให้การดูแลตั้งแต่ต้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ยังไม่รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต จากผลการศึกษาควรมีการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
2. จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เคยผ่านการอบรมซึ่งประสบการณ์อาจแตกต่าง

รายการอ้างอิง (References)

- Amanda, S., Lindsay, L., David, B, Zara, C., Daniel, O., John, H., et al. (2018). Beyond Pain: Nurses' assessment of patient suffering, dignity, and dying in the intensive care unit. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1591-1598.



- Angus, D. C., & Truog, R. D. (2016). Toward better ICU use at the end of life. *The Journal of the American Medical Association*, 315(3), 255-256.
- Athitunyachaipong, P. (2016). *Guidelines of Palliative Care in End of life* (2nd ed.). Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, 24(41), 41-44.
- Chaipeth, O., Nilmanat, K., & Kong-in, W. (2011). Nurses' experience in Caring for Patient at The End of Life. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(1), 41-55.
- Chuchor, S. (2011). *Nurses' Experience of Caring for Critically Ill Muslim Patients at the End of Life*. Master's Thesis, Department of Nursing Science, Faculty of Nursing Science, Prince of Songkla University. (In Thai).
- Fadare, J. O. B., Olaogun, D. O., Afolayan, J. M., Olatunya, O., & Ogundipe, K. O. (2014). Perception of nurses about palliative care: Experience from South-West Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(5), 723-727.
- Fongkerd, S., Himananto, S., & Tantalanukul, S. (2016). Family-center: from theory to practice for end of life care of critical patients in intensive care unit based on Thai context. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27, 170-178.
- Ho, A. & Tsai, DF-C. (2016). Making good death more accessible: end-of-life care in the intensive care unit. *Intensive care Medicine*, 42, 1258-1260.
- Iranmanesh, S., Razban, F., Tirgari, B., & Zahra, G. (2014). Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care*, 12(1), 203-210.
- Jiewprasat, K. (2015). Nursing roles and support in end-of-life decision making for critically ill patients: a case study. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(2), 15-24.
- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care*, 17(3), 151-159.
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care setting: A phenomenological study. *Intensive and Clinical Care Nursing*, 27(1), 102-110.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.



- Locsin, R. C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in southern Thailand. *Nursing in Clinical Care*, 18(4), 200-211.
- Mahon, M. M., & McAuley, W. J. (2010). Oncology nurses' personal understandings about palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), E141-E150.
- McConnell-Henry, T., Chapman, Y., & Francis, K. (2009). Husserl and Heidegger: exploring the disparity. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 7-15.
- Mercadante, S., Gregoretti, C. & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18, 1-6.
- Nirmal, S., Kongsuwan, W., & Nilmanat. K. (2014). Grief Experience of Thai Buddhist Wives of Dead Patients from Critical Illness: Practicing Buddhism Ways for Self-Healing. *The Journal of faculty of Nursing Burapha University*, 22(5), 47-57.
- Nuekwen, P., Hanprasitkam, K., & Junda, T. (2016). Nurses' perceptions and practice on palliative care. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(1), 128-141.
- Sastranuruk, S. & Pattrapakdikul, U. (2013). Palliative Care for Terminally Ill Patients Among Nurses and Caregivers in Songklanagarind Hospital. [electronic]. *Songkla Medicine Journal*, 31(5), 235-244.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (Eds.). (2007). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- WHO. (2016). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved March, 5, 2020 from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO. (2018). *Palliative care*. Retrieved January, 10, 2020 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yongpattanajit, s., & Monkong, S. (2020). *Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally patients in palliative care unit*. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(2), 116-131.