

การพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ*

Good Death Nursing Care at Home as Perceived by Nurses in a Primary Care Unit

วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด^{1**} Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการพยาบาลเพื่อตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 13 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2559 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของโคเฮน คาห์น และสตีฟส์ และสร้างความน่าเชื่อถือในการวิจัยตามแนวทางของลินคอนและกوبا

ผลการศึกษาพบ ประเด็นหลักเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวม 5 ประเด็น คือ การไม่ทุกข์ทรมาน การส่งเสริมความสุขสบาย การเตรียมญาติเพื่อการดูแล ความร่วมมือของทีม และความจำกัดในการดูแล ผลการศึกษานี้ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการพยาบาลเพื่อตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อการตายดีและทำวิจัยต่อไปเพื่อความเข้าใจที่มากขึ้นซึ่งจะเป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การตายดีที่บ้าน การพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้าน พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This qualitative research based on Heideggerian phenomenology aimed to describe good death nursing care at home as perceived by nurses in a primary care unit. Thirteen informants who were the nurses at a district health promoting hospital in Chon Buri province were purposively selected. Data were collected by in-depth interview, observation and critical reflection during June to September, 2016. Cohen, Kahn and Steeves's steps guided data analysis. Trustworthiness of the research was maintained according to guidelines of Lincoln and Guba. Five themes of good death nursing care at home as perceived by the nurses in a primary care unit emerged. They included no suffering, providing comfort, preparing relatives for caring, teams' collaboration, and limitation of caring.

These findings provide deep understanding of good death nursing care at home as perceived by the nurses in a primary care unit. It could be utilized as basic information for nurses to provide good death nursing care and further explore for greater understanding to develop a body of knowledge regarding good death nursing care at home.

Keywords: Good death at home, good death nursing care at home, nurse in a primary care unit

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ปี 2559 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: jawanlapa@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การเจ็บป่วยบางประเภทสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่บางประเภทก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและอาจนำไปสู่การตาย การตายแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การตายที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ เพราะอวัยวะต่าง ๆ ค่อย ๆ เสื่อมหน้าที่ไป เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น อีกประเภทคือ การตายที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่รู้ล่วงหน้ามาก่อน เนื่องจากการบาดเจ็บหรือการเกิดโรคภัยไข้เจ็บอย่างเฉียบพลัน ทำให้ไม่สามารถทำงานตามปกติ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ซึ่งการตายทั้ง 2 ประเภทล้วนแต่ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ อย่างไรก็ตามเมื่อหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาและเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมุ่งหวังให้ผู้ผู้ป่วยได้จากไปด้วยดีหรือเรียกอีกนัยหนึ่งคือ ตายดี (good death) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (World Health Organization, 2011) มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยและครอบครัวปรารถนาที่จะไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านของตนเอง ซึ่งการได้กลับไปตายที่บ้านจะก่อให้เกิดการตายที่ดีได้เพราะเป็นไปตามความปรารถนาและเป็นการตายในที่ ๆ ผู้ป่วยคุ้นเคยและได้อยู่พร้อมกับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความอบอุ่นใจและหมดกังวล (Eyre, 2010) ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่จะเน้นสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) และสภาการพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทน์ไทย, 2556) โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาที่บ้านคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทที่

สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับการตายที่ดีที่บ้านได้ เพราะเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด (Adamson & Cruickshank, 2013) และมีบทบาทโดยตรงในการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านตามที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทน์ไทย, 2556) อย่างไรก็ตามการพยาบาลที่เกิดขึ้นเพื่อจะให้ผู้ผู้ป่วยพบกับการตายที่ดีได้นั้นมักจะมีหลากหลายแตกต่างกัน เนื่องมาจากความหมายของการตายดียังไม่มีความชัดเจนและจะมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมของแต่ละคนและประสบการณ์ในการพยาบาล (Griggs, 2010) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาส่วนมากจะเป็นการศึกษาของต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมต่างจากของประเทศไทยที่ทำให้ไม่อาจนำมาอ้างอิงได้ เพราะบริบทที่ต่างกันจะมีผลทำให้พยาบาลให้ความหมายและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีที่แตกต่างกัน ประกอบกับการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีปรากฏ แต่จะเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2557) ซึ่งจะมีลักษณะงานที่แตกต่างจากพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายดีและการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านตามการรับรู้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 ถึงเดือนกันยายน 2559

สถานที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิใน

การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย/เมื่อเจ็บป่วย/และหลังเจ็บป่วย โดยดูแลทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงชุมชน โดยเฉพาะคนด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการเยี่ยมบ้าน และการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ผู้วิจัย ซึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้อย่างกว้าง ๆ เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในเรื่องการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้าน เช่น คุณให้ความหมายของการตายดีที่บ้านอย่างไร คุณให้ความหมายของการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้าน อย่างไร การพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้าน จะเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น

แนวทางในการสังเกต เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยวางแผนไว้ว่าจะสังเกตเกี่ยวกับการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ รวมถึงสภาพแวดล้อมขณะทำการสัมภาษณ์

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และประสบการณ์การฝึกอบรม

แบบบันทึกการสะท้อนคิด เป็นแบบบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย

อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทป เครื่องบันทึกเทป สมุดจดบันทึก และปากกา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลจะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียหยาเกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อไปยังโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเพื่อขอข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปรักษาที่บ้าน เพื่อเป็นการเริ่มต้นที่จะติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยได้มอบหมายให้หัวหน้างานการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ประสานงานกับผู้วิจัย นำรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดชลบุรี และผู้วิจัยขอให้ช่วยเป็นผู้ติดต่อกับพยาบาลก่อนว่ายินดีจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ ซึ่งพยาบาลทุกคนที่ได้รับการติดต่อยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน

2. นำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านเพื่อขอเชิญเป็นผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

3. นัดหมายวันและเวลาที่จะทำการสัมภาษณ์ เมื่อถึงวันนัด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นส่วนตัว และขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกขณะให้ข้อมูลจนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งระหว่างการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเมื่อทราบว่า ผู้ป่วยที่ติดตามดูแลอยู่เสียชีวิต มีผู้ให้ข้อมูล 3 คนที่ร้องไห้ขณะพูดถึงการตายของผู้ป่วยจนต้องหยุดการสัมภาษณ์ไปชั่วขณะ ผู้วิจัยก็เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายอารมณ์เศร้าพร้อมปลดปล่อยด้วยการจับมือ จน

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้น ผู้วิจัยจึงถามความสมัครใจว่าจะให้สัมภาษณ์ต่อหรือจะยุติเลย แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยินดีที่จะให้ข้อมูลต่อ การสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีในแต่ละครั้ง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ฟัง ถ้าหากมีข้อมูลที่จะให้เพิ่มเติมก็สามารถเพิ่มได้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งถ้าหากภายหลังการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีก

4. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษา

5. ภายหลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกับผู้ให้ข้อมูล 5 คน อีก 8 คน สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพื่อตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดอยู่ จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อตายที่บ้าน

6. ดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จนข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 จึงยุติการเก็บข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำตามแนวทางของ Cohen, Kahn and Steeves (2000) โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล 2) ตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (data

reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณญาณของผู้วิจัย 3) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกตก็มีการให้รหัสเช่นกัน 4) จัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น subcategories และ categories 5) จัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน และ 6) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ categories และ ผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงทั้งหมดรวม 13 คน มีอายุระหว่าง 41-55 ปี นับถือศาสนาพุทธทุกคน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 10 คน ปริญญาโท 3 คน มีประสบการณ์ทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านระหว่าง 2-20 ปี ทุกคนได้รับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และมี 2 คนที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มี 1 คนได้รับการอบรมเป็นเวลา 3 วัน อีก 1 คนได้รับการอบรมเป็นเวลา 5 วัน

การพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิแบ่งได้เป็น 5 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นหลักที่ 1 การไม่ทุกข์ทรมาน ประเด็นหลักที่ 2 การส่งเสริมความสุขสบาย ประเด็นหลักที่ 3 การเตรียมญาติเพื่อการดูแล ประเด็นหลักที่ 4 ความร่วมมือของทีม และประเด็นหลักที่ 5 ความจำกัดในการดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การไม่ทุกข์ทรมาน ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการตายที่ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ โดยความทุกข์ทรมานทางกาย เกิดจากอาการของโรค ผลจากการรักษา ส่วนความทุกข์ทรมานทางใจ จะเกิดจากมีความท้อแท้กังวลกลัวการถูกทอดทิ้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้น การตายที่ดี จึงควรเป็นการตายที่ผู้ป่วยจากไปอย่างมีความสุขและสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและใจ

1.1 การไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย ดังเช่น

“เขาไปแบบไม่ทุกข์ทรมาน ค่อย ๆ ผ่อนคลายใจ ไม่ทรมานทรมานเรียกว่าตายดี ไม่ใช่เครื่อง อย่างเคสที่กลับมาบ้านไม่มีอุปกรณ์อะไรจริง” (ID9)

“เขาไปแบบสบาย ๆ ไม่คือทำทางเหมือนเค้าหลับไปค่ะ คือไม่มีไม่มีทรนทรายหรือสีหน้าที่แสดงให้เห็นถึงความเจ็บปวด” (ID13)

1.2 การไม่มีความทุกข์ทรมานทางใจ

“คนไข้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย อย่างเราจะเห็นว่า เวลาคนไข้กลับบ้าน เขาก็มีความสุขนะ อย่างคนนั้นก็มาเยี่ยม คนนี้ก็มา เขาก็อยู่แวดล้อมกับคนที่เขาค้นเคย ลูกหลาน เพื่อนบ้าน เขาก็อบอุ่นนะ ดูมีความสุข” (ID1)

“การได้กลับบ้านก็เหมือนเค้า เค้าอบอุ่น มันไม่โดดเดี่ยว มันไม่อึดอัดเหมือนอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งมีใครก็รู้ที่เราไม่รู้จึก ถ้าช่วงสุดท้าย แน่ทุกคนก็อยากจะอยู่ในที่ที่เคยอยู่ เคยสัมผัสคนรอบข้างอะไรอย่างนี้ มันน่าอบอุ่นไม่น้อยแล้ว คือ มันไม่โดดเดี่ยวมากกว่า” (ID6)

ประเด็นหลักที่ 2 การส่งเสริมความสุขสบาย ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านว่าเป็นการส่งเสริมความสุขสบายในด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคในระยะสุดท้ายและสามารถจากไปได้อย่างสงบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การส่งเสริมความสุขสบายทางกาย ดังเช่น

“เราทำแผลمرةเร่งให้ประจำ ปรากฏว่าแผลดีขึ้น กลิ่นก็ดีขึ้นมาก จากที่เคยทำแผลแล้วมีสีหน้าไม่ดี ก็ดีขึ้น สุขสบายขึ้น ยิ้มแย้ม ให้ทำ มีความสุขขึ้น กลับได้ดีขึ้น” (ID1)

“อาการที่เจอบ่อยคือ ปวดนี้แหละ ก็ให้กินทามอล (tramol) แล้วเราก็แนะนำเค้าว่า ถ้าปวดมากก็กินได้ทุกแปดชั่วโมง ประมาณนี้” (ID3)

“คนไข้ไม่ได้อาบน้ำเลย คือเราอ้อมเค้าลงเตียงไม่ได้ แต่ขาเค้านี้ขระะมากเลย หนูก็ไปอาบน้ำ ชัดซีเคลที่ขา ก็ขัดให้เค้า flushing สายสวนให้ แบบทำหมดทั้งตัว พอเขาลุกนั่งได้ เขาบอกเขาอยากเดินมากราบหนูที่นอนมัยเลย” (ID3)

“คนไข้ Palliative เค้านอนรอวัน แบบหมดเรี่ยวแรง หมดอาลยตายอยาก ผอมแบบนอนติดเตียง หนูก็เอาเตียงไปให้ เอาที่นอนลมไปให้ แพนเพลที่ได้รับบริจาคให้ ต้องการให้ช่วยอะไร เช่น เตียง ออกซิเจน เรายินดีจะทำให้หมด” (ID2)

2.2 การส่งเสริมความสุขสบายทางใจ เป็นการลด

ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความรู้สึกทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความกังวล ความกลัว ความห่วงใยในครอบครัวและสิ่งที่ค้างคาในใจ ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงช่วยเหลือด้วยการทำตามความต้องการของผู้ป่วย การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ สบายใจ และสงบ

2.2.1 การทำตามความต้องการผู้ป่วย

“เราก็ถามเขาวว่าอะไร เขาคิดถึงลูกคนโต เราก็บอกญาติ ๆ บอก คนโตอยู่ต่างจังหวัด เราก็ให้เขาใช้โทรศัพท์โทรหา แล้วเอามาให้คนไข้ฟังที่ข้างหู ทางโน้นเขาก็จะบอกว่ากำลังมา แม่ไม่ต้องรอรอก เราก็สังเกตว่า พอเขาได้ยินเสียงลูกชายที่เขารออยู่ ก็ดูเขามองคลาญลง สงบขึ้น สุดท้ายเขาจากไป แบบสงบมาก” (ID1)

“การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้เขามีความสุข มีความสงบ คือ การไม่มีสิ่งค้างคาหมดกังวล เราก็จะประเมินด้วยการถามคนไข้ในรายที่สามารถสื่อสารได้ หรือไม่ก็ถามจากญาติ” (ID10)

2.2.2 การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง

“จะเตรียมอุปกรณ์ไป คือ ขี้ตี้ธรรมะ ญาติก็เปิดให้ฟัง พอไปอีกครั้ง ญาติญาติ ๆ บอกคนไข้ดีขึ้นมากเลย สีหน้าสดชื่น เวลาฟังธรรมะก็จะยกมือพนม สาธุ ดูสงบไม่ทรนทราย จนเขาจากไป” (ID1)

“เราเชื่อว่าการที่เขาได้คิดถึงสิ่งดี ๆ จะช่วยให้จิตใจเขาสงบ มีความสุข ได้ไปอยู่ในภพภูมิที่ดี ตามที่หลักศาสนาว่าไว้นะ อย่างคนที่เขานะ พุทธ การได้ฟังเทศธรรมะหรือสวดมนต์ก็เหมือนเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยนำทางไปสู่สิ่งที่ดี ๆ” (ID2)

2.2.3 การดูแลด้วยใจ

“ดูแลด้วยใจ ทำทุกอย่างด้วยใจค่ะ เขามีความสุขเราก็มีความสุข” (ID2)

“การพยาบาลเพื่อให้เขาไปอย่างสงบ ใจสำคัญที่สุดเลย พยาบาลก็ต้องดูแลด้วยใจ ทำทุกอย่างด้วยใจ คนไข้ก็รับรู้ได้นะค่ะ แล้วเขาก็จะวางใจเรา ยอมรับคำแนะนำเรา อบอุ่นใจว่า เราไม่ทิ้งเขา เขาก็จะไปด้วยดีนะ” (ID4)

ประเด็นหลักที่ 3 การเตรียมญาติเพื่อการดูแล ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการจะช่วยให้เกิดการตายดีที่บ้านได้ ญาติคือคนที่มีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องการ

ที่จะให้มาอยู่เคียงข้างในขณะที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง วาระสุดท้าย เพราะญาติคือคนที่ผู้ป่วยมีความใกล้ชิดและความผูกพันมาตลอดชีวิต จะมีความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาล จึงต้องมีการเตรียมญาติให้ยอมรับกับความเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายของผู้ป่วยซึ่งเมื่อญาติยอมรับได้ จะเป็นหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะทางด้านจิตใจด้วยการให้กำลังใจ สร้างความอบอุ่นใจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยดำเนินการจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยยังมีห่วงกังวลใจอยู่เพื่อผู้ป่วยจะได้ยอมรับวาระสุดท้ายและสามารถจากไปได้อย่างสงบ การเตรียมญาติเพื่อการดูแล จะเริ่มจากการประเมินความพร้อม แล้วตามด้วยการให้คำแนะนำการดูแล และการให้กำลังใจญาติ

3.1 การประเมินความพร้อม ดังเช่น

“ช่วงแรก ญาติก็อาจจะปฏิเสธหรือตกใจ เราก็จะให้เวลาเขา ค่อย ๆ พูดเรื่องอาการต่าง ๆ ที่จะเกิด คือเราต้องให้เวลา แต่สุดท้ายเขาก็ทำใจได้ ยอมรับ แล้วก็เราก็มาร่วมในสิ่งที่เขาควรทำ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อม” (ID3)

“หนูก็จะประเมินว่าเขารู้อะไรบ้าง เขาสามารถทำได้ไหม ส่วนมากญาติจะรู้ระดับเพราะก่อนจะเอาคนไข้กลับมาบ้าน โรงพยาบาลจะบอกแล้วเตรียมญาติมาระดับนี้ เราก็มาร่วมอีกที ถ้าเขารู้ เขาพร้อม เราก็มาร่วม” (ID13)

3.2 การให้คำแนะนำการดูแล เมื่อญาติมีความพร้อม ผู้ให้ข้อมูลจะแนะนำการดูแลที่จำเป็นและญาติสามารถทำได้ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ โดยการดูแลทางด้านร่างกาย คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการจัดการอาการ ส่วนทางด้านจิตใจ จะเน้นการทำตามความต้องการของผู้ป่วย และ การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลยังต้องสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับญาติด้วยการให้กำลังใจญาติอย่างสม่ำเสมอ

3.2.1 ทางร่างกาย

“อย่างคนไข้ที่เจาะคอ เราก็ต้องให้ความมั่นใจเขา เราก็ไปทำให้เขาดูก่อนประมาณอาทิตย์นึง จนเขาเริ่มทำได้ เราก็จะหาลูกออกไป พอเขาทำได้ เขาก็จะมีความมั่นใจ ทำให้คนไข้มีความสุข เขาก็มีความสุขด้วยที่ได้ทำให้คนไข้จนคนไข้เขาจากไป เขาก็จะไปอย่างมีความสุข” (ID1)

“เรื่องการจัดการอาการไม่ว่าจะเป็น เรื่อง

หายใจเหนื่อย เรื่องเจ็บปวด เราก็จะต้องบอกวิธี เหมือนกับว่าทำยังไงถึงจะลดความเจ็บปวด ก็สอนญาติไป ทำให้ดูสาธิตให้ดู บอกญาติว่าจะต้องทำแบบนี้ แล้วก็คอยกระตุ้นเรามีไลน์ให้ญาติไว้ติดต่อ ในรายที่เขาอยากจะใช้ไลน์” (ID10)

3.2.2 ทางจิตใจ

3.2.2.1 การทำตามความต้องการของผู้ป่วย

“ลุงแถมจะผอมมากเลยคะ ก็บอกให้ป้าให้ถามว่าลุงอยากกินอะไรมั๊ย พอแถมบอกอยากกินหอมก ป้าเขาทำหอมก ก็กินไม่ได้โยะหรือคะ แต่ลุงเค้าก็จะเหมือนหายอยากไป” (ID4)

“ความสุขของคนไข้ อย่างคนไข้เขาอยากทำอะไร ก็ให้เขาได้ทำ เราก็จะบอกญาติ เขาจะได้เตรียมความสุขของคนไข้สำคัญที่สุด อะไรที่เราทำให้เขาได้เราก็คงทำ” (ID9)

3.2.2.2 การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

“หนูบอกญาติเลยว่า ให้อยู่กับคนไข้ แล้วเวลาอยู่กับคนไข้ก็ให้พูดสิ่งดี ๆ ทำสิ่งดี ๆ หนูก็เข้าใจว่า คนไข้เขาจะใจไม่ดี จะไปแล้วลูกยังทะเลาะกันอยู่เลย” (ID4)

“ญาติมีส่วนสำคัญมาก มีมากเลย เพราะถ้าญาติได้มีส่วนทำให้เขา คนไข้เขาจะอบอุ่นใจ ถามว่าคนไข้รู้มั๊ยว่าใครเป็นญาติ เขารู้นะ เราก็ต้องให้ญาติอยู่ใกล้ๆ” (ID5)

3.3 การให้กำลังใจญาติ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาอยู่ที่บ้าน ญาติต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ได้เห็นความตายที่จะมาเยือน ย่อมเกิดความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ วิธีการให้กำลังใจที่ผู้ให้ข้อมูลทำคือ การเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความทุกข์ การกล่าวชมเชย และการให้เวลากับญาติเท่าที่จะทำได้

“สิ่งที่เห็นก็คือ ความเศร้าโศกมัน มันก็คงมีอยู่ แต่ว่าเขาทำทุกอย่างให้คนไข้ ตามกำลังใจเขา เราไป เราก็ให้กำลังใจ ชมเขา ให้เขาระบาย เราก็ฟัง” (ID3)

“ทำทางเหมือนญาติจะเศร้าโยะ ก็ไม่ไหวนะ คือ ถ้าเขาเศร้าด้วย คนไข้เราก็จะแย เพราะเขาอยู่ด้วยกัน เหมือนว่าญาติเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย ถ้าญาติเป็นอะไร ก็จะกระทบถึงคนไข้ด้วยนะ คือ หนูก็ต้องดูแลญาติด้วย ก็ต้องบอกว่า นอกจากเขาจะดูแลคนไข้ แล้วอย่าลืมดูแลตัวเองด้วยนะ” (ID10)

ประเด็นหลักที่ 4 ความร่วมมือของทีม ความร่วมมือของทีมเป็นความร่วมมือของบุคลากรในการที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้รับความสุขสบายมากที่สุดในทุกด้าน ซึ่งความร่วมมือนี้เกิดจากบุคลากรทางสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นอกจากนี้ ยังมีทีมที่ไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพโดยตรงที่มาร่วมช่วยเหลือ ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งความร่วมมือดังกล่าวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติก็พอใจ

4.1 ทีมบุคลากรสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพ

“อย่างตอนที่เราสามารถประสานไปที่โรงพยาบาลชลบุรี ให้ส่งคนมาช่วย อย่างนักกายภาพ เขาก็จะส่งมาให้เราก็อธิบายกัน ตอนนี้มีไลน์ของ palliative care ของโรงพยาบาลชลบุรี ก็จะคุยกัน” (ID4)

“หนูก็แนะนำว่านี่เป็นหมอ เภสัชจากโรงพยาบาลชลบุรี หมอก็จะอธิบาย...เภสัชก็จะบอกเรื่องยาซึ่งบางทีหนูก็ไม่รู้ คนใช้ก็จะเหมือนกับว่ามันใจว่าต้องกลับไปกินยาต่อ หนูว่าเป็นผลดีในการเยี่ยมที่เป็นสหสาขาละ” (ID13)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

“อสม. เขาก็ผ่านการอบรมมา 70 ชม. เขาก็จะดูแลช่วยให้กำลังใจ เพราะคนไข้ระยะสุดท้าย ญาติก็ต้องการกำลังใจด้วย เพราะตอนนี้ส่วนมากจะอยู่กันแค่ 2 คน ขาดคนดูแล อสม. ก็จะเข้าไปเยี่ยมเยียน พุดคุย แต่บางครั้งอสม.ก็ไม่มีคนดูแลจริง ๆ เขาก็ต้องไปเป็น caregiver ให้” (ID9)

“อสม. ก็เป็นคนในพื้นที่ ที่มีความสำคัญคนหนึ่ง เขาช่วยเราได้หลายอย่าง เขาสำคัญ อย่างเราจะตามใครหรือเราหาใครไม่เจอ เราบอกชื่อสกุลเขาไปหรือบ้านเลขที่ เขาจะช่วยให้เราได้ หรือบางทีการไปเยี่ยม คนไข้บางคนที่เราไม่คุ้นเคยเลยเนื่องจากย้ายมาใหม่ ๆ อสม. จะเป็นคนที่เปิดทางให้เราได้ง่ายขึ้น” (ID10)

4.2 ทีมที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพ เป็นเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะช่วยเหลือเกี่ยวกับ

การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นและช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย

“ตอนแรกหนูก็ยังไม่รู้จักพออยู่มาสักพักนึงก็รู้จักผู้ใหญ่บ้านบางคนที่เขาเมื่อธาคัยค่อนข้างโอเค เขาให้ความร่วมมือดีทั่วไปให้เราด้วย การช่วยเหลือจากท้องถิ่นก็ โอเค นะคะ มีอะไรเราก็ดติดต่อประสานงานไปเช่น อุปกรณ์ต่าง ๆ เขาก็ช่วยเหลือดี” (ID13)

ประเด็นหลักที่ 5 ความจำกัดในการดูแล ความจำกัดในการดูแล เป็นความจำกัดที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อให้เกิดการตายที่ดี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะกล่าวตรงกันว่าสาเหตุที่ทำให้การไปติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ไม่เต็มที่ เป็นเพราะมีภาระงานมากและมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ

5.1 ภาระงานที่มาก

“มีพยาบาล 2 คน ซึ่งน้อย เพราะพยาบาล 1 คนต่อ 2500 แต่ตอนนี้ไม่ได้เพราะคนที่มารับบริการมีมาก ถ้าได้นะคะ จะบริการได้เยอะ ๆ มาก ตอนนี้นะเราน้อยเราก็ต้องเซทว่าอะไรสำคัญก่อนหลังอย่างเคลเยี่ยมบ้านเราก็ต้องเลือกว่าเคลไหนสำคัญ ไม่งั้นก็ส่งต่อ อสม.” (ID9)

“ภาระงาน งานเรารับผิดชอบทุกอย่างตั้งแต่รักษาจนถึงเยี่ยมบ้าน ยังไม่รวมว่าบางทีเราไปอบรม โน่นนี่ทำให้เคลที่เราจะเยี่ยมก็ไม่ได้ไป จะฝากคนอื่นไปเยี่ยมเขาก็ไม่ไป ยังมีเรื่องตรวจเยี่ยมอีก เวลามาตรวจเยี่ยมก็ใช้เวลาเกี่ยวกับเอกสารที่ต้องเตรียมหลายวัน” (ID11)

5.2 มีความรู้ไม่เพียงพอ

“บางทีมืออบรมแต่พยาบาลก็ไม่สามารถไปได้ เพราะมีงานอื่นต้องทำ แต่ถ้าพอไปได้ ก็ยากไปนะคะ ยากให้มันนะคะ เพราะเราก็จะทำงานได้ดีขึ้น” (ID8)

“หนูไม่เคยใช้แบบประเมินคนไข้ palliative ที่เป็น PPs score หนูก็สงสัยข้อคำถาม หนูก็ถาม พี่ที่ส่งตัวมาว่าคืออะไร ถ้ามีคนอธิบาย หรือบอกให้หนูเข้าใจ ก็จะได้หรือว่าบอกว่าถ้าประเมินได้แบบนี้ต้องทำอะไร ที่เราทำเราก็ดูแลแบบคนไข้ติดเตียงทั่ว ๆ ไปนะคะ” (ID13)

การอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีที่บ้านคือการตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ การไม่ทุกข์ทรมานทางกายที่สำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การไม่มีอาการที่เกิดจากโรคหรือการรักษา เช่น

ความปวด อาการหายใจเหนื่อยหอบที่จะพบบ่อยในผู้ป่วย
ระยะระยะสุดท้ายที่กลับบ้านรักษาที่บ้าน (Tim Wong &
Ussher, 2009) เป็นต้น ส่วนการไม่มีความทุกข์ทรมาน
ทางใจคือการไม่มีกังวลห่วงใยในเรื่องต่าง ๆ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว
เพราะได้อยู่ท่ามกลางคนในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก
อบอุ่น และมีความสุขในการได้กลับมาตายที่บ้านดังหลาย
การศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของ
พยาบาล (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2557; Giggs, 2010;
Smith & Porock, 2009)

ผู้ให้ข้อมูลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย
การส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
ด้วยวิธีการต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทรมานทางกาย
และทางใจเพราะจะทำให้เกิดการตายที่ไม่ดี การส่งเสริม
ให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก
ในการส่งเสริมให้เกิดการตายที่ดี (Nyatanga, 2014) ดัง
การศึกษาของ Miyashita, et al. (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ
องค์ประกอบของการตายดีในการพยาบาลผู้ป่วยระยะใน
ประเทศญี่ปุ่นและในประเทศจีนของ Dong, Zheng,
Chen, Wang, Zhou, and Sun (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ
การดูแลผู้ป่วยระยะในบริบทของประเทศจีนตามการรับรู้
ของแพทย์และพยาบาล การส่งเสริมความสุขสบายทั้งทาง
กายและใจ ต้องเกิดควบคู่กันไป เพราะความทุกข์ทรมาน
ทางใจจะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางกายด้วยเนื่องจาก
ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันและไม่อาจแยกจากกันได้
นอกจากนั้น การดูแลด้วยใจที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติ แสดงให้
เห็นว่า พยาบาลมีความเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยและญาติ
เผชิญอยู่ จึงทำให้เกิดความเต็มใจและจริงใจในการดูแลซึ่ง
สะท้อนถึงความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายและญาติ ทำให้รับรู้ได้ถึงการมีพยาบาลอยู่ด้วย ช่วย
เติมความมีชีวิตให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้ง
ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการตายที่
ดีขึ้น (Casey, Murphy, Leime, et al., 2011)

การเตรียมญาติเพื่อการดูแล เป็นการเตรียมที่จะ
ต้องทำเพราะการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านจะมีความเกี่ยวข้อง
โดยตรงกับญาติซึ่งจะเป็นผู้ที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมงอย่าง
หลีกเลี่ยงไม่ได้ ประกอบกับญาติเป็นเสมือนแหล่งของ
กำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย โดยการเตรียมต้องเริ่มประเมิน
ความพร้อมเพราะถ้าหากญาติไม่พร้อมเนื่องจากยังทำใจ

ไม่ได้ ก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยเช่นกัน (Fridh, Forsberg, &
Bergbom, 2009) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลจะแสดง
ให้เห็นว่า ญาติส่วนใหญ่มีความพร้อมที่จะดูแลเพราะได้รับ
การเตรียมหรือบอกเล่ามาแล้วจากโรงพยาบาลก่อนที่จะส่ง
กลับบ้าน ประกอบกับความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย
เมื่อญาติพร้อม ผู้ให้ข้อมูลจะแนะนำการดูแลที่จำเป็นที่ญาติ
จะสามารถทำได้ คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และ
การจัดการอาการ แล้วก็ต้องสร้างความมั่นใจว่า ญาติสามารถ
ดูแลได้ ด้วยการสาธิตให้ดูก่อนและคอยให้คำแนะนำใน
การดูแล รวมถึงเปิดโอกาสให้สอบถามได้ตลอดด้วยการให้
โทรศัพท์ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้
เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง สร้างความมั่นใจ เหมือนมีที่พึ่ง
ให้แก่ญาติ (ศศิธร ณะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ, 2558)
การแนะนำญาติให้ทำตามความต้องการของผู้ป่วยโดย
ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ และ
ควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตายจึงจะช่วย
ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความห่วงกังวลหรือเกิดความกังวลใจ
ตลอดจนญาติเองก็จะได้ไม่ต้องมาเสียใจภายหลังผู้ป่วย
เสียชีวิตไปแล้ว ไม่ได้ทำตามที่ผู้ป่วยต้องการ สิ่งที่คนใกล้ตาย
กลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การอยู่โดดเดี่ยว เขาต้องการ
คนที่รักและผูกพันอยู่ข้าง ๆ และในช่วงสุดท้ายของชีวิต
ในบริบทของสังคมไทยเอง ก็เป็นสิ่งที่ควรกระทำเพราะ
เป็นการเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยได้พบปะกับคนที่รักเพื่อ
อโหสิกรรมและกล่าวอำลากันในช่วงสุดท้ายของชีวิต
(วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2557) แต่ต้องคำนึงถึงญาติที่จะ
ได้รับผลกระทบโดยตรง คือ ความรู้สึกโศกเศร้า การเป็นภาระ
ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ (World Health Organization, 2011)

ความร่วมมือของทีม เป็นอีกผลการศึกษาที่แสดง
ให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า ความร่วมมือกันเป็นเรื่องสำคัญ
ที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบกับการตายที่ดี
ที่บ้านได้ สอดคล้องกับแนวทางของการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายของกรมการแพทย์ (2557) ที่ให้ความสำคัญกับ
ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายเนื่องจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียว
ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด
การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงต้องการการประสานงาน
และการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ รวมถึงอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน (ศศิธร ธนะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ, 2558) ซึ่งจะช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมที่ไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพโดยตรง นั่นคือ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะมีงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาที่บ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จะสังกัดคนละหน่วยงานแต่ก็สามารถร่วมมือกันเพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เช่นกัน

ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายดีที่บ้าน ก็ยังไม่อาจประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายเนื่องจาก มีความจำกัดในการดูแลจากภาระงานที่มากทั้งการบริการและงานเอกสาร ทำให้ไม่มีเวลาที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้ทุกวันตามที่วางแผนไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek, et al. (2010) ที่พบว่า ภาระงานที่มากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเพียงพอ ประกอบกับความจำกัดในเรื่องของความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่นอนติดเตียง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ดูแลแบบผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือเรียกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) ผสมผสานกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลซึ่งไม่แน่ใจว่าถูกหรือไม่ ทำให้การมีความรู้ที่จำกัดหรือไม่เพียงพอ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลเพื่อการตายดี เพราะการอบรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายที่จะทำให้เกิดการตายดีได้ รวมถึงทำให้มีทักษะทางการพยาบาลและมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น (Smith & Porock, 2009) สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558) ระบุว่า ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระบบสุขภาพของไทยโดยภาพรวมคือ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ขาดความรู้ที่เพียงพอ

เพราะยังมีหลักสูตรหรือการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่น้อย และไม่มีอยู่ในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith & Porock (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในบทบาทของพยาบาลชุมชนที่พบว่า การขาดการสนับสนุนด้านกำลังคนและสิ่งอำนวยความสะดวกในการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดความกดดันและความเครียดต่อพยาบาลที่จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพัฒนาการพยาบาลเพื่อการตายดี อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเพิ่มอัตรากำลัง เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. Retrieved from <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท วี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทน์ไทย. (2556). *คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑาทอง จำกัด
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2557). การพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 69-86.
- ศศิธร ธนะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ. (2558). ความจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย: กรณีศึกษาเครือข่าย

- บริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2),13-25.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทสามดีพรินติ้งอีควิปเมนต์
- Adamson, E & Cruickshank, S. (2013). A 'Good death' at home: Community nurses helping to make it possible. *British Journal of Community Nursing*, 18(1), 40-42.
- Beckstrand, R. L., Moore, J., Callister, L.C., & Bond, A. E. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 446-453.
- Beland, P. (2013). Implications for carers of terminally ill patients dying at home. *Nursing Standard*, 28(3), 40-45.
- Cassey, D., Murphy, K., Leima, A.N., et al. (2011). Dying well: Factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1824-1833.
- Cohen, M.Z., Kahn, B.L., & Steeves, R.H. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: A research guide for nurse researchers*. Thousand Oaks: Sage.
- Dong, F., Zheng, R., Chen,X., Wong,Y., Zhou, Y., & Sun, R. (2016). Caring for dying cancer patients In the Chinese culture context: A qualitative study from physician and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 189-196.
- Eyre, S. (2010). Supporting informal carers of dying patients: The district nurses' role. *Nursing Standard*, 24(22), 43-48.
- Fridh I, Forsberg A, & Bergbom I. (2009). Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 111-119.
- Griggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: A qualitative exploratory Study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), 139-48.
- Koch,T. (1995). Interpretive approach in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 174-184.
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care unit. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 377-384.
- Leonard, V.W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (Ed.). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethic in health and illness* (pp.43-63). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA; Sage.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., & Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*, 18(6),1090-1097.
- Mosel, E.K., Schur, S., & Watzke, H.H. (2012). Life is uncertain: Art, language, and spirituality in health care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 307-312.
- Nyatanga, B. (2014). Dying well in the community: An equation. *British Journal of Community Nursing*, 19(6), 307.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S. et al. (2010).

- What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), 181-187.
- Smith, R., & Porock, D. (2009). Caring for people dying at home: A research study into the needs of community nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(12), 601-608.
- Tim Wong, W. K., & Ussher, J. (2009). Bereaved informed cancer carers making sense of their palliative care experience at home. *Health and Social Science in Community*, 17(3), 274-282
- Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care setting: Experiences from a nursing perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 32-40.
- World Health Organization. (2011). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Zimmermann, M. (2012). Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*, 75(1), 217-224.