



Obstacles and Supportive Behaviors of Emergency Nurses

Regarding End-of-life Patient Care*

อุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน
ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย*

สุทธาทิพย์	เยื่อใย**	Sutthatip	Yuayai**
อัจฉรา	สุคนธ์สรณ์ ***	Achara	Sukonthasarn***
สุภารัตน์	วังศรีคุณ****	Suparat	Wangsrikhun****

Abstract

Emergency department (ED) care focuses on caring for patients with life-threatening conditions, causing end-of-life (EOL) care to be neglected. This descriptive study aimed to explore obstacles and supportive behaviors of emergency nurses regarding end-of-life patient care. The sample was comprised of 385 emergency nurses, conveniently recruited according to inclusion criteria. The research instrument consisted of the Perceived Obstacles and Supportive Behaviors in Caring for End of Care of ED Nurses Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the Perceived Obstacles and Supportive Behaviors in Caring for End of Care subscales were .85 and .80, respectively. The data were organized and analyzed using descriptive statistics.

The study found that the top three obstacles in caring for EOL patients among ED nurses were: restrictions on family members in the ED during cardiopulmonary resuscitation ($M = 3.39$, $SD = 0.81$), insufficient time to provide quality EOL care because nurses have to do activities to save the patient's life ($M = 3.31$, $SD = 0.84$), and the ED design is poorly conducive to the privacy of dying patients and their grieving family ($M = 3.30$, $SD = 0.83$). The top three supportive behaviors in caring for the EOL of patients among ED nurses were: good communication between doctors and nurses caring for dying patients ($M = 3.52$, $SD = 0.68$), a process for physicians involved in the patient's care to agree on the same care guidelines ($M = 3.36$, $SD = 0.81$), and a process for family members to accept that the patient is dying ($M = 3.23$, $SD = 0.77$).

The results of the study could be used as basic information for planning and improving the quality of EOL patient care among ED nurses in the future.

Keywords: Obstacles; Supportive behaviors; End of life care; Emergency nurses

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; email: sutthatip_t@hotmail.com

**** Associate Professor, School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 21 April 2023; Revised 28 August 2023; Accepted 11 September 2023



บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเน้นดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถูกละเลย การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 385 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพยาบาลแผนกฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลระยะท้าย ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ จัดหมวดหมู่ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉินที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อจำกัดที่จะให้ครอบครัวอยู่ในห้องฉุกเฉินระหว่างการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ ($M = 3.39$, $SD = 0.81$) ไม่มีเวลาพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพเนื่องจากพยาบาลต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ($M = 3.31$, $SD = 0.84$) และห้องฉุกเฉินออกแบบไม่ดีไม่เอื้อสำหรับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตและครอบครัวที่กำลังโศกเศร้าอาดูร ($M = 3.30$, $SD = 0.83$) พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉินที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การสื่อสารที่ระหว่างแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ($M = 3.52$, $SD = 0.68$) ดำเนินการให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเห็นชอบในแนวทางการดูแลเดียวกัน ($M = 3.36$, $SD = 0.81$) และดำเนินการให้สมาชิกครอบครัวยอมรับว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ($M = 3.23$, $SD = 0.77$)

ผลการศึกษาที่ได้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉินต่อไป

คำสำคัญ: อุปสรรค พฤติกรรมสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลแผนกฉุกเฉิน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: sutthatip_t@hotmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนกฉุกเฉินเป็นสถานที่ให้บริการรับตัวผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการประเมิน การช่วยชีวิต การดูแลรักษาอาการให้คงที่ และส่งต่อไปยังสถานที่ที่เหมาะสมอย่างปลอดภัย (Forero et al., 2012) แต่จากสถิติพบว่า แต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เสียชีวิตในแผนกฉุกเฉิน จากรายงานการศึกษาในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ พบอัตราการเสียชีวิตที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย 2.6 คนต่อประชากร 1,000 คน (Heymann et al., 2019) ในประเทศไทยพบรายงานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นกลางขึ้นไป 112.2 คน ต่อผู้มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน 1,000 คน (Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งการเสียชีวิตที่แผนกฉุกเฉินสามารถแบ่งได้ตามวิถีลักษณะการตายเป็นการเสียชีวิตที่มีได้คาดคิด (spectacular death) และการเสียชีวิตที่สามารถคาดเดาได้ (subtacular death) (Bailey et al., 2011)

การเสียชีวิตที่มีได้คาดคิด อาจมีกระบวนการยื้อชีวิตดำเนินต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยแทบไม่มีการดูแลระยะท้ายของชีวิต (Huang et al., 2020) แม้แต่ในการเสียชีวิตแบบที่สามารถคาดเดาได้ แม้ในผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคไม่ดีและอยู่ในระยะท้ายของชีวิตก็ยังคงพบการช่วยฟื้นคืนชีพ ด้วยมีความเชื่อว่าแผนกฉุกเฉินต้องสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (Beckstrand et al., 2012) และแม้ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้แสดงเจตจำนงในการเสียชีวิตไว้แล้วมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน แต่ยังคงได้รับการรักษาที่รุกรานส่วนของร่างกายที่ไม่จำเป็นเพียงเพื่อการยื้อชีวิต (Satsin & Matchim, 2017) การดำเนินการในลักษณะเช่นนี้ไม่เพียงแต่จะรักษาชีวิตไม่ได้ แต่ยังสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต (Satake & Arao, 2019)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการดูแลหรือการสนับสนุนที่บุคลากรสุขภาพกระทำเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายแห่งชีวิตได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีคุณภาพมากที่สุด ได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีตามความปรารถนา หรือเกิดการตายดี (National Health Service [NHS], 2015) ซึ่งการตายดีเป็นการเปลี่ยนผ่านสู่ความตายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลไม่ควรมีความเครียดและความทุกข์ทรมานที่สามารถเลี่ยงได้ และควรได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการปฏิบัติที่เป็นเหตุเป็นผลสอดคล้องกับสถานะทางคลินิก รวมทั้งมาตรฐานด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อทางศาสนา (Institute of Medicine [IOM], 1997) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงไม่เพียงเป็นการดูแลเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่รวมถึงการดูแลและสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายด้วย ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพผู้ดูแลรักษาพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เข้าใจถึงอุปสรรคที่มีในบริบทการดูแล ตลอดจนสามารถจัดการให้มีการสนับสนุนที่เหมาะสมให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณภาพ (Dawood, 2020)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถือเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในฐานะการเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความใกล้ชิด มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด (International Council of Nurses, 2012) โดยทั่วไปพยาบาลแผนกฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ครอบคลุมความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม ให้การสนับสนุนและปกป้องสิทธิของผู้ป่วยระยะท้าย เตรียมผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ไปจนกระทั่งเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต (Phengjard, 2014) ในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินมักถูกกละเลยในทางปฏิบัติ ด้วยอุปสรรคต่าง ๆ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการแสดงเจตจำนงที่จะไม่ได้รับการรักษาเชิงรุกยังขาดความชัดเจน ทำให้ไม่มีหลักฐานยืนยันเจตจำนงของผู้ป่วย (Satsin & Matchim, 2017) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสร้างความกังวลใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอย่างมาก (Iglesias-Lepine & Echarte Pazos, 2007)

นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมของแผนกฉุกเฉินยังไม่มีที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เนื่องจากมักมีพื้นที่จำกัด และมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้บรรยากาศภายในแผนกฉุกเฉินมีความแออัด สับสน วุ่นวาย เร่งรีบ และมีเสียงดัง (Iglesias-Lepine & Echarte Pazos, 2007) และด้วยไม่สามารถคาดการณ์

จำนวนผู้ป่วยที่จะมารับบริการได้ ทำให้บ่อยครั้งจำนวนบุคลากรที่มีไม่เพียงพอทั้งในการให้การดูแลรับตัวดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและ/หรือฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Tettanom, 2018) เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่พบว่ามีการมีบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Beckstrand et al., 2008) นอกจากนี้แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความชัดเจน (Mohammed et al., 2019)

แผนกฉุกเฉินมีข้อจำกัดหลายประการ ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาล (Heaston et al., 2006) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินจากมุมมองของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ข้อจำกัดในการใช้ยาของพยาบาล ด้านสัมพันธภาพของทีม ด้านสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉิน ด้านความชัดเจนในเกณฑ์การตัดสินใจผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต และด้านการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลรักษาพยาบาลกับครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย (Satake & Arao, 2019) และผลการศึกษาของ อัลควาตานี และ มิเชลล์ (Alqahtani & Mitchell, 2019) พบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในแผนกฉุกเฉิน ได้แก่ ภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไป พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการฝึกอบรมในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมเชิงโครงสร้าง รวมถึงข้อจำกัดด้านศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน (Kongsuwan et al., 2014) อุปสรรคอื่น ๆ ที่พบ เช่น การที่ครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินโดยเฉพาะในระหว่างการปฏิบัติกรช่วยเหลือฟื้นคืนชีพ การที่ทีมผู้ดูแลรักษาพยาบาลไม่ทราบถึงเจตจำนงของผู้ป่วยเกี่ยวกับทิศทางการดูแลในระยะท้ายของชีวิต เป็นต้น (Laithammanoon, 2015)

ข้อมูลอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ ตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกฉุกเฉินจึงเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Heaston et al., 2006) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมสนับสนุนตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกฉุกเฉินที่ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน ประกอบด้วย การจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การจัดการให้พยาบาลมีทักษะในการสื่อสาร การสนับสนุนให้มีการวางแผนการรักษาาร่วมกัน รวมถึงการออกแบบแผนการรักษาพยาบาลให้มีความเฉพาะกับผู้ป่วยระยะท้ายในแต่ละรายที่แผนกฉุกเฉิน (Dawood, 2020) นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า การจัดการให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การรวบรวมและประมวลข้อมูลสถานการณ์จะนำไปสู่การพัฒนา ตลอดจนกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (Alqahtani & Mitchell, 2019) ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า พยาบาลแผนกฉุกเฉินรับรู้ถึงพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับมาก ได้แก่ การให้ทีมผู้ดูแลรักษาพยาบาลคอยส่งเสริมสนับสนุนหรือรับฟังปัญหาของกันและกันในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการแบ่งหน้าที่การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายให้บุคลากรในทีมผู้ดูแล (Laithammanoon, 2015)

การเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินเป็นเรื่องสำคัญที่มักถูกละเลย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีการศึกษาในเรื่องของอุปสรรคและ/หรือพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลเพียง 2 การศึกษา ซึ่งศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ดังเช่น การศึกษาเรื่องอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉินจากประสบการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 3 แห่งในจังหวัดสงขลา (Kongsuwan et al., 2014) และการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสนับสนุนของพยาบาล



และอุปสรรคในการดูแลระยะท้ายที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี (Laithammanoon, 2015) จะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินยังมีน้อย และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กไม่สามารถนำไปเป็นข้อสรุปในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่มีจำนวนมากพอจากพยาบาลฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานทั่วประเทศ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินเป็นการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการตายดี การมีอุปสรรคที่ขัดขวางการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมและมีคุณภาพแก่ผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาล ประกอบด้วย ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านผู้ให้บริการ และด้านสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉิน ที่ทำให้การดูแลไม่เป็นไปตามเป้าหมายการดูแล อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการ และสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉิน จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉินมีคุณภาพได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลประจำการแผนกฉุกเฉินที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยจากการสำรวจของกองการพยาบาลในปี พ.ศ. 2561 พบว่า จำนวนพยาบาลประจำการแผนกฉุกเฉินทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 10,098 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการแผนกฉุกเฉิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง 2) เป็นพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยลงชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย 4) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งบริหารตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป ซึ่งมิได้ให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Yamane กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 (Srisathitnarakun, 2007) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน
2. แบบสอบถามพยาบาลแผนกฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลระยะท้าย ซึ่งพัฒนาโดย เบคสเตรนด และคณะ (Beckstrand et al., 2008) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลและ

เปลี่ยนกลับโดย อัจฉรา สุคนธสรณ์ และ สุภารัตน์ วังศรีคุณ (Sukonthasarn & Wangsrikhun, 2014) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวน 28 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่เป็นอุปสรรคเลย คะแนน 5 หมายถึง เป็นอุปสรรคมากที่สุด คิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน มี 23 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นเลย คะแนน 5 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด คิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพยาบาลแผนกฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลระยะท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้พัฒนาแบบสอบถาม (Beckstrand et al., 2008) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลง จึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลแผนกฉุกเฉินที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน และการรับรู้พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉินเท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 014/2021 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านทางเว็บเพจในเฟซบุ๊ก (facebook page: Emergency Nurse Practitioner CMU) แอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ (Line group: ENP CMU) รุ่นที่ 1-รุ่นที่ 4 ของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ของสมาคมพยาบาลฉุกเฉินประเทศไทย (Line group: er_nurse) กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยในหน้าแรกของลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ ก่อนการเข้าตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบคำอธิบายเรียบร้อยแล้ว และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างกดปุ่มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหน้าแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มเข้าสู่หน้าแบบฟอร์มของการตอบแบบสอบถามออนไลน์ทางลิงค์แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทางอีเมลที่กรอกไว้ในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เผยแพร่และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ไปยังพยาบาลแผนกฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่างผ่านทางเพจในเฟซบุ๊ก (facebook page: Emergency Nurse Practitioner CMU) แอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ (Line group: ENP CMU) รุ่นที่ 1-รุ่นที่ 4 ของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ของสมาคมพยาบาลฉุกเฉินประเทศไทย (Line group: er_nurse)
2. ตรวจสอบจำนวนของพยาบาลแผนกฉุกเฉินที่ตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ทุกวัน เพื่อตรวจสอบถึงความถูกต้องและครบถ้วนในการตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์
3. ติดตามจำนวนของพยาบาลแผนกฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ของผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ รวมทั้งกระตุ้นเตือนและประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมผ่านทางเว็บเพจในเฟซบุ๊กและแอปพลิเคชัน



เคชันกลุ่มไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ

4. หลังจากได้รับการตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์จากพยาบาลแผนกฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการจัดหมวดหมู่และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายถึงลักษณะของข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอโดยการบรรยาย และในรูปแบบของตารางแสดงความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงค่าเฉลี่ยและร้อยละรายข้อ รวมทั้งจัดอันดับตั้งแต่มากที่สุดไปน้อยที่สุด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกฉุกเฉินจำนวน 385 คน อายุ 23-59 ปี อายุเฉลี่ย 34.21 ปี ($SD = 8.95$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน 1-35 ปี เฉลี่ย 9.55 ปี ($SD = 7.90$) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 63.90) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 385$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	134	34.81
หญิง	251	65.19
อายุ (ปี) (Mean = 34.21, $SD = 8.95$, Range = 23-59)		
≤ 30	172	44.68
31-40	121	31.43
41-50	63	16.36
51-60	29	7.53
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	307	79.74
สูงกว่าปริญญาตรี	78	20.26
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ปี) (Mean = 11.04, $SD = 8.53$, Range = 1-36)		
≤ 5	135	35.06
6-10	92	23.89
11-15	57	14.81



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 385) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
16-20	44	11.43
> 20	57	14.81
ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน (ปี) (Mean = 9.55, SD = 7.90, Range = 1-35)		
≤ 5	164	42.60
6-10	93	24.15
11-15	50	12.99
16-20	39	10.13
> 20	39	10.13
การฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
เคยอบรม	139	36.10
ไม่เคยอบรม	246	63.90

ส่วนที่ 2 ข้อมูลอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน (n = 385)

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	ค่าเฉลี่ย	SD
1. ข้อจำกัดที่จะให้ครอบครัวอยู่ในห้องฉุกเฉินระหว่างการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ	3.39	0.81
2. ไม่มีเวลาพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ	3.31	0.84
3. ห้องฉุกเฉินออกแบบไม่ดีไม่เอื้อสำหรับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต และครอบครัวที่กำลัง โศกเศร้าอาดูร	3.30	0.83
.		
.		
.		
26. ผู้ป่วยมีความปวดที่ยากจะควบคุมหรือทำให้บรรเทา	2.92	0.85
27. การไม่มีบุคคลที่จะคอยสนับสนุนครอบครัว เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้นำทางศาสนา (พระ)	2.80	0.93
28. พยาบาลรู้สึกอึดอัดในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตและ/หรือครอบครัว	2.80	0.96

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน (n = 385)

พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	ค่าเฉลี่ย	SD
1. มีการสื่อสารที่ีระหว่างแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต	3.52	0.68
2. ดำเนินการให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเห็นชอบในแนวทางการดูแลเดียวกัน	3.36	0.81
3. ดำเนินการให้สมาชิกครอบครัวยอมรับว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต	3.23	0.77
.		
.		
.		
21. ออกแบบห้องฉุกเฉินให้มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต	2.67	0.96
22. มีเพื่อนพยาบาลโอบกอด ลูบหลังเบา ๆ หรือให้การสนับสนุนด้านร่างกายอื่น ๆ แก่	2.66	1.03
ท่านหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย		
23. มีโอกาสในการเข้าร่วมพูดคุย ทบทวนอย่างเป็นทางการ (professional	2.60	1.03
debriefing session) หลังการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย		

การอภิปรายผล

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน

พยาบาลแผนกฉุกเฉินในการศึกษารั้งนี้ รับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรก คือ ข้อจำกัดที่จะให้ครอบครัวอยู่ในห้องฉุกเฉินระหว่างการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งการให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยในช่วงเวลาท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมการตายดี และยังทำให้ครอบครัวไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อผู้ป่วย (Ito et al., 2020) แต่ด้วยข้อจำกัดด้านพื้นที่ให้บริการของแผนกฉุกเฉิน ประกอบกับการที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลตติยภูมิที่มักมีความแออัดในแผนกฉุกเฉิน (Tettanom, 2018) ทำให้ครอบครัวไม่มีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งการไม่มีครอบครัวที่เป็นบุคคลสำคัญที่รักและผูกพันอยู่ด้วย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระวนกระวายจิตใจไม่สงบในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยระยะท้ายได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก (closeness to significant others) ตามทฤษฎีความสงบในระยะท้ายของชีวิต (Theory of peaceful end of life) ของ รูแลนด์ และ มอร์ (Ruland & Moore, 1998) จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสได้พูดคุย ได้ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย ส่งผลให้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่สงบและมีความหมาย

อุปสรรคที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับถัดมา คือ การไม่มีเวลาพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากพยาบาลต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และเนื่องจากแผนกฉุกเฉินไม่สามารถคาดเดาและจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่จะมารับบริการได้ บ่อยครั้งจึงมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินกำลังของบุคลากร (Beckstrand et al., 2017; Kongsuwan et al., 2014; Tettanom, 2018) โดยบุคลากรแผนกฉุกเฉินมักเน้นการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีโอกาสรอดชีวิตอย่างทันท่วงที และมองข้ามการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Kongsuwan et al., 2014) เนื่องจากส่วนหนึ่งไม่ชัดเจนว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะนี้ อีกทั้งการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ต้องใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่มีความเฉพาะ ชับซ้อน และใช้เวลามาก เพราะต้องดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (Kongsuwan et al., 2016)

อุปสรรคที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับที่สาม คือ สภาพห้องฉุกเฉินไม่ได้ถูกออกแบบให้เอื้อสำหรับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต และครอบครัวที่กำลังโศกเศร้าอาดูร นอกจากนี้ในแต่วันมักจะมีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ามาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินตลอดเวลา ส่งผลทำให้เกิดความแออัด (Tettanom, 2018) ด้วยพื้นที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่จำกัด จึงมีเพียงการใช้ม่านกันเพื่อสร้างความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงได้ยินเสียงจากบริเวณข้างเคียง เช่น เสียงดังของผู้ป่วยที่มันเมา เสียงหัวเราะ หรือเสียงด่าทอจากความไม่พอใจ ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายไม่สามารถจากไปอย่างสงบได้ (Beckstrand et al., 2019) พยาบาลให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เนื่องจากการมีความเป็นส่วนตัวเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุยสิ่งที่ค้างคาใจ ได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อร่วมกันเป็นครั้งสุดท้าย มีสมาธิในการรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และคำปรึกษาจากบุคลากร (Satsin & Matchim, 2017)

พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน

พยาบาลแผนกฉุกเฉินในการศึกษารั้งนี้ รับรู้พฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรก คือ มีการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต การสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์และพยาบาลช่วยให้เกิดความเข้าใจตรงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งยังทำให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน บุคลากรภายในทีมเกิดความพึงพอใจ ร่วมกันทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Missi, 2016; Wang et al., 2018) การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเสริมสร้างชีวิตที่มีคุณภาพให้ผู้ป่วยระยะท้ายในช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2014) โดยการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเคารพและให้เกียรติ ส่งเสริมให้ได้ทำตามความปรารถนา และได้ใช้เวลาสุดท้ายกับคนรักและครอบครัว จะส่งเสริมให้เกิดการตายดีที่ผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนควรได้รับ (Ito et al., 2020)

พฤติกรรมสนับสนุนที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับรองลงมา คือ การดำเนินการให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเห็นชอบในแนวทางการดูแลเดียวกัน การดำเนินการให้ทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตรงกันจะทำให้มีเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสอดคล้องกันและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Beckstrand et al., 2008) อีกทั้งยังทำให้บุคลากรที่ทำงานร่วมกันมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน เกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปสู่เป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ (Missi, 2016; Wang et al., 2018) นำไปสู่การตายดีที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยผู้ป่วยระยะท้ายจะได้รับการดูแลอย่างดี สอดคล้องไปในทางเดียวกันจากผู้ให้การดูแลทั้งหมดก่อนการเสียชีวิต ปราศจากความคับข้องใจและความทุกข์ทรมาน ได้รับการดูแลด้วยความเคารพและให้เกียรติความเป็นมนุษย์ (Ito et al., 2020)

พฤติกรรมสนับสนุนที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับที่สาม คือ ดำเนินการให้สมาชิกครอบครัวยอมรับว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ครอบครัวต้องการทราบข้อมูลอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนกระบวนการรักษา เพื่อช่วยในการรับมือกับสถานการณ์และยอมรับความเป็นจริงได้ (Satsin & Matchim, 2017) หากครอบครัวไม่สามารถยอมรับการเสียชีวิตที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ อาจร้องขอให้เกิดการยืดชีวิตซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสม และอาจได้รับการตรวจวินิจฉัย การรักษาเพิ่มเติมที่สร้างความเจ็บปวดและไม่เป็นประโยชน์ (Beckstrand et al., 2008) แต่ถ้าหากครอบครัวสามารถยอมรับการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้นได้จะทำให้ครอบครัวมีโอกาสได้แสดงความรัก ได้ทำตามความตั้งใจของผู้ป่วย ตลอดจนส่งผลให้ครอบครัวสามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปได้ด้วยดี (Tse et al., 2016)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนและพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติและปัญหาที่ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉินเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ส่งผลให้เกิดอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยทำนายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน

References

- Alqahtani, A. J., & Mitchell, G. (2019). End-of-life care challenges from staff viewpoints in emergency departments: Systematic review. *Healthcare*, 7(3), 83. <https://doi.org/10.3390/healthcare7030083>
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Trajectories of end-of-life care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 57(4), 362-369.
- Beckstrand, R. L., Corbett, E. M., Macintosh, J. L., Luthy, K. E. B., & Rasmussen, R. J. (2019). Emergency nurses' department design recommendations for improved end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 286-294.
- Beckstrand, R. L., Rasmussen, R. J., Luthy, K. E., & Heaston, S. (2012). Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), e27-e32. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.01>
- Beckstrand, R. L., Rohwer, J., Luthy, K. E., Macintosh, J. L., & Rasmussen, R. J. (2017). Rural emergency nurses' end-of-life care obstacle experiences: Stories from the last frontier. *Journal of Emergency Nursing*, 43(1), 40-48.
- Beckstrand, R. L., Smith, M. D., Heaston, S., & Bond, A. E. (2008). Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 290-300.
- Dawood, M. (2020). End of life care in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 37(5), 273-278.
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2014). *Guidelines for the care of terminally ill patients*. https://skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf
- Forero, R., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin, M., Shanely, C., Formby, F., & Hillman, K. (2012). A literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emergency Medicine International*, (2012), Article ID 486516. <https://doi.org/10.1155/2012/486516>



- Heaston, S., Beckstrand, R. L., Bond, A. E., & Palmer, S. P. (2006). Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 32(6), 477-485.
- Heymann, E. P., Wicky, A., Carron, P. N., & Exadaktylos, A. K. (2019). Death in the emergency department: A retrospective analysis of mortality in a Swiss University Hospital. *Emergency Medicine International*, 2019, 5263521. <https://doi.org/10.1155/2019/5263521>
- Huang, Y. L., Alsaba, N., Brookes, G., & Crilly, J. (2020). End of life care for older people in the emergency department: A scoping review. *Emergency Medicine Australasia*, 32(1), 7-19.
- Iglesias-Lepine, M. L., & Echarte Pazos J. L. (2007). Medical and nursing care for patients expected to die in the emergency department. *Emergencias*, 19, 201-210.
- Institute of Medicine (US) Committee on Care at the End of Life Field., Field, M. J., & Cassel, C. K. (Eds.). (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life*. National Academies Press.
- International Council of Nurses. (2012). The code of ethics for nurses. *The Michigan Nurse*, 74(2), 9-10. <https://doi.org/10.1111/j.0028-1425.2007.ethics.x>
- Ito, Y., Tsubaki, M., Fujimoto, M., & Sakaguchi, Y. (2020). Exploring the components of the quality of death in Japanese emergency departments: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 56, 151371. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151371>
- Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilmanat, K., Locsin, R. C., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review*, 63(1), 132-138.
- Kongsuwan, W., Nilmanat, K., & Mathchim, Y. (2014). Barriers in caring for critically ill and dying patients in emergency rooms: Nurses' experiences. *Songkla Nagarind Journal of Nursing*, 34(3), 97-108. (in Thai)
- Laithammanoon, N. (2015). *Nurses' supportive behaviors and obstacles in end-of-life care at emergency department, Phaholpolpayuhasaena Hospital, Kanchanaburi Province* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Mortality rate of critically ill patients within 24 hours in F2 level hospitals and above*. <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=793> (in Thai)
- Missi, P. D. (2016). *Enhancing nurse-physician communication and collaboration* (Capstones 27) [Doctoral dissertations, Bellarmine University]. Repository. <https://scholarworks.bellarmino.edu/tdc/27>
- Mohammed, A. A., Al-Zahrani, O., Salem, R. A., & Elsayed, F. M. (2019). Aggressive care at the end of life; Where are we? *Indian Journal of Palliative Care*, 25(4), 539-543.
- National Health Service. (2015). *End of life care*. <https://www.nhs.uk/Planners/end-of-life-care/Pages/what-it-involves-and-when-it-starts.aspx>
- Phengjard, J. (2014). Nurse's role in palliative care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(1), 100-109. (in Thai)



- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Satake, Y., & Arao, H. (2019). Conflict experienced by nurses providing end-of-life care in emergency departments in Japan. *Journal of Trauma Nursing*, 26(3), 154-163.
- Satsin, T., & Matchim, Y. (2017). Emergency nurses' competency in the provision of palliative care and related factors. *Vajira Nursing Journal*, 19(1), 1-9. (in Thai)
- Srisathitnarakun, B. (2007). *The methodology in nursing research*. U & I Intermedia. (in Thai)
- Sukonthasarn, A., & Wangsrikhun, S. (2014). *Perceived obstacles and supportive behaviors in caring for end of care of emergency department nurses questionnaire, Breakstrand et al. (back-translation)*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Tettanom, P. (2018). Patient safety and overcrowding in emergency room. *Public Health Policy and Laws Journal*, 4(2), 237-249. (in Thai)
- Tse, J. W. K., Hung, M. S. Y., & Pang, S. M. C. (2016). Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Hong Kong emergency department: A qualitative study. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 224-232.
- Wang, Y. Y., Wan, Q. Q., Lin, F., Zhou, W. J., & Shang, S. M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 81-88.