

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต : มุมมองของ นักศึกษาพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ดวงกมล วัตราคูณย์ RN, DNS.*

นิตยา สมบัติแก้ว RN, MS.(Nursing)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เข้ารับการอบรม หลักสูตรการพยาบาลวิกฤตที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย จำนวน 32 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเทปรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลหน่วยวิกฤตรับรู้ลักษณะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ดูแลโดยขาดแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 2) ดูแลด้วยความคับข้องใจ 3) ดูแลตามความต้องการของครอบครัว ส่วนความต้องการของพยาบาลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 4 ประการ ได้แก่ 1) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระยะสุดท้าย 2) การดูแลบนพื้นฐานของความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย 3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหภาพมีส่วนร่วม และ 4) พัฒนาศักยภาพพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ: การศึกษานี้ได้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดทำหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวิกฤต การดูแลระยะสุดท้าย พยาบาลไอซียู การวิจัยเชิงคุณภาพ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

Improving Nursing Care for Critical Patients with Terminal Illness : Perspectives of Critical Nursing Students of the Thai Red Cross College of Nursing

*Duangkamol Wattradul RN, DNS**

*Nitaya Sombatkaew RN, MNS***

Abstract

The purpose of this qualitative study was to explore nurses' perceptions of end-of-life (EOL) care in intensive care unit (ICU). Purposive samples of 32 ICU nurses enrolling in critical nursing specialty course at The Thai Red Cross College of Nursing. Data were collected using individual in depth interview and audio recorded. Interview transcripts were analyzed using content analysis.

The results showed that ICU nurses categorized their perceptions of providing end of life care into 3 characters: 1) caring without practical guideline, 2) caring with frustration, and 3) caring according to family caregivers' needs. In addition, ICU nurses expressed needs to improve EOL care in 4 aspects: 1) promoting participation of EOL care among family caregivers, 2) caring based on spiritual beliefs of family caregivers, 3) develop EOL practice guideline based on health team's participation and 4) improve capacity of EOL care in ICU nurses.

Suggestions: This study provides important information to improve the quality of end of life care by developing appropriate practice guideline including establishing curriculum to improve competency of end of life care for nurse in ICU.

Keywords : Critically ill patients, End-of- life care, ICU nurses, Qualitative Study

* Assistant Professor, Department of Adult and Geriatric Nursing, the Thai Red Cross College of Nursing

** Assistant Professor, Department of fundamental of nursing and nursing administration, the Thai Red Cross College of Nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สมาคมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical Care Clinical Nurse Specialist : AACN 2002) ให้ความหมาย ผู้ป่วยวิกฤต (Critical Ill Patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาทางร่างกายที่ถูกคุกคามชีวิต (Life Threatening) จากความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาที่ซับซ้อนต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง¹ ผู้ป่วยในระยะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต จึงเป็นการยากในการระบุว่าผู้ป่วยวิกฤตรายใดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยใกล้ตาย และเมื่อใดควรเริ่มเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจากการดูแลแบบมุ่งให้ผู้ป่วยรอดชีวิตไปเป็นการรักษาแบบมุ่งให้ผู้ป่วยสบาย ปราศจากความเจ็บปวดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี² จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายพบว่าเริ่มมีผู้สนใจเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายในปี ค.ศ. 1998 จนถึงปัจจุบัน แต่แนวทางในการปฏิบัติยังไม่มีกำหนดไว้อย่างชัดเจน^{3,4} และยังพบอีกว่าพยาบาลจำนวนไม่น้อยยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{4,5}

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 20 ที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในหน่วยไอซียู⁶ พยาบาลในหน่วยวิกฤตมีการรับรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน เช่น พยาบาลอเมริกาในหน่วยวิกฤตทางระบบประสาท (Neuroscience ICU) มีความรู้สึกสับสน หดหู่และคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหน่วยวิกฤต⁷ ในขณะที่พยาบาลสวีเดนมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในรูปแบบของการดูแลเพื่อให้ความสบาย ลดความเจ็บปวด ลดความทรมาน และคงไว้ด้วยศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีญาติด้วยการอยู่เป็นเพื่อนในช่วงเวลาที่จะเสียชีวิตและให้การดูแลญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว⁸ ส่วน

พยาบาลที่อิหร่านมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายด้วยความเบื่อหน่ายจากแรงกดดันทางจิตใจ (psychological pressure) ปฏิกริยาจากญาติและอาการรุนแรงของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลตามความเชื่อทางวิญญาณและจริยธรรมหลังความตาย⁹

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤตที่สถานบริการระดับตติยภูมิพบว่า พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูใน 2 ลักษณะคือ ผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางกายไปในทางที่เลวลง พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน 2) การดูแลญาติอย่างบุคคลสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และ 3) การดูแลจิตใจตนเอง ซึ่งการศึกษานี้เน้นให้พยาบาลไอซียูตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบองค์รวมและให้เสียชีวิตในไอซียูด้วยความสงบ¹⁰

อย่างไรก็ตามมีการศึกษามุมมองครอบครัวต่อการดูแลเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยได้สะท้อนมุมมองต่อการดูแลใน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวก เมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว มีบางครอบครัวเท่านั้นที่จะบอกการดูแลที่ต้องการต่อพยาบาล¹¹ การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลไอซียูมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการของครอบครัวแต่ละราย เมื่อบุคคลในครอบครัวได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤตรวมถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทยได้จัดหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมี

พยาบาลจากหน่วยวิกฤตจากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิหลายแห่งในประเทศไทยมาศึกษาอบรมการได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ตรงจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานนับว่าข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต จากมุมมองของพยาบาลหน่วยวิกฤต เพื่อเป็นข้อมูลที่ให้แนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อลักษณะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพัฒนาการดูแลระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants)

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) วิทยาลัยพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย ปีการศึกษา 2552 จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤตจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 32 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย 3 แห่ง

การรวบรวมข้อมูล

หลังผู้วิจัยได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาล

สหราชอาณาจักรไทย ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมในการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นัดหมายและจัดสถานที่ในการสัมภาษณ์ในห้องที่จัดไว้เป็นส่วนตัวในวิทยาลัยพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย

ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ให้ข้อมูล และดำเนินการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยใช้เวลารายละ 45-60 นาที โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi structure open-ended questions) เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต วิธีการดูแลตามประสบการณ์จริง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งเสริมในการดูแลระยะสุดท้าย ความต้องการในการพัฒนาการดูแล เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ (credibility) ของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรงก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวจากการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ผู้วิจัยถอดเทปคำสนทนาจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ในกรณีที่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะนัดผู้ให้ข้อมูลมาสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อให้ได้ข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยจะมีการนัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูล และเมื่อข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย ผู้วิจัยมีการป้องกันผลกระทบทางลบต่อผู้ให้ข้อมูลและภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์และแปลข้อมูล โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงานและโรงพยาบาล และการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและไม่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียนของผู้ให้ข้อมูลในหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเพศหญิงทั้งหมด 32 ราย อายุระหว่าง 25 – 45 ปี มีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี ทำงานในหน่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล 26 ราย โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย 3 ราย โรงพยาบาลเอกชน 3 ราย ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี นับถือศาสนาพุทธ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยวิกฤต ตั้งแต่ 3 - 20 ปี อายุการทำงานเฉลี่ยประมาณ 6.25 ปี โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นทั้งพยาบาลหัวหน้าเวรในเวลาเช้าสาย และดึก และบางรายปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลร่วมทีม ในหน่วยวิกฤตมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 6 - 9 เตียง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเคยให้การดูแลผู้ป่วยอาการหนักระยะสุดท้ายที่มีปัญหาสลับซับซ้อนหลายระบบ เช่น ระบบหัวใจหลอดเลือดทางเดินหายใจล้มเหลว มีภาวะล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะหลายระบบ มีภาวะติดเชื้อรุนแรง สมอขาดเจ็บจากอุบัติเหตุ บาดเจ็บหลายระบบ มีภาวะช็อกด้วยสาเหตุต่าง ๆ เป็นต้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤตต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องฟอกไต เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจเพื่อช่วยชีวิต สอดใส่สายต่าง ๆ ในร่างกาย การให้ยาให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต และอยู่ในหน่วยวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิต

การรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลในหน่วยวิกฤตอธิบายลักษณะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของตน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ดูแลโดยขาดแนวทาง

การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 2) ดูแลด้วยความคับข้องใจ 3) ดูแลตามความเชื่อของครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ดูแลโดยขาดแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิได้พูดถึงอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายคือการขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนที่เป็นรูปธรรม การดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคน ส่วนพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามอาการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ที่หน่วยงานไม่มีเป็นเอกสารหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็น ผอ. หรือจากหัวหน้าพยาบาล เมื่อมีการประชุมก็จะมีเรื่องนี้จะพูดเรื่องนี้ก็จะพูดเพียงว่าคนไข้ระยะสุดท้ายจะต้องดูแลอย่างไร เช่น ดูแลด้านร่างกาย ทำความสะอาด ให้รับประทานอาหารหรือให้ยาแก้ปวด มีการ Support ญาติและให้ Supportive treatment แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล ส่วนการรักษาที่แล้วแต่หมอ หมอบางคนก็รักษาเต็มที่เพราะที่นี่เป็นโรงเรียนแพทย์ หมอบางคนที่มีประสบการณ์ รู้ prognosis (การพยากรณ์โรค) ก็คุยกับญาติให้เข้าใจ ส่วนทางด้านพยาบาลก็ดูแลตามอาการและประคับประคองไป ” (Nurse 21)

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายในบทบาทของพยาบาลที่เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย ในขณะที่แพทย์จะเน้นการดูแลที่มุ่งในการรักษา ส่งผลให้ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลในการรักษาที่ชัดเจน

“การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วย ไอซียูของหนูยังไม่มีกำหนดอะไรตายตัวหรือชัดเจน ก็คงปฏิบัติแบบองค์รวมและดูอาการคนไข้ร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ระยะใกล้เสียชีวิตมักจะตัวเย็น ก็ห่มผ้าให้หรือบางครั้งอาหารก็ไม่จำเป็นแล้ว เพราะ Drip เข้าไปก็ไม่ย่อยแล้วแน่นอึดอัดเปล่า ๆ บางครั้งหมอก็ยังคงให้อาหารผสม ยังให้ยาเพิ่มความดันแบบ Full Med (ยารักษาเต็มรูปแบบ) ยาในไอซียู แพง ๆ ทั้งหมด เราก็คง

ให้การดูแลตามแผนการรักษา เพราะถามหมอ หมอก็บอกว่าให้ยาตามนั้น บางครั้งแพทย์น่าจะบอกญาติให้ทราบความจริงว่าผู้ป่วยเป็นยังไง แต่หมอมักจะไม่ค่อยบอกญาติ เวลาญาติมาเราต้องคอยประสานงานให้หมอพูด” (Nurse 25)

2. ดูแลด้วยความคับข้องใจ

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานวิกฤตน้อยกว่า 5 ปี มีความรู้สึกคับข้องใจ ที่ต้องเผชิญกับความขัดแย้งในจิตใจในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีโอกาสรอดชีวิตน้อยและเสียชีวิตในหน่วยวิกฤตบ่อยครั้ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจและความมีคุณค่าในตนเอง ดังจะเห็นจากคำพูดที่ว่า

“ตอนเป็นพยาบาลใหม่ มักจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตาย บางครั้งรู้สึกเบื่อ เครียด ความอดทนก็ลดลง เหมือนทำงานไม่มีคุณค่า แพทย์สั่ง NR (Non Resuscitate) ผู้ป่วยยังอยู่ใน ICU เราก็ดูแลตามอาการ และเป็นคนที่ต้องเก็บ death (ศพ) ตลอด” (Nurse 30)

นอกจากนี้พยาบาลได้สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤตที่ยังไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยอย่างชัดเจน เนื่องจากต้องตอบสนองต่อความต้องการของญาติที่ดูแลบางราย ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสแก่ผู้ป่วยที่มีอาการหนักเพราะไม่สามารถเข้ามารับการรักษาในหน่วยวิกฤตได้ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“ผู้ป่วยบางคนเป็นญาติกับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสูงก็สามารถอยู่ไอ ซี ยู ได้เป็นเดือน ทั้ง ๆ ที่อยู่ระยะสุดท้ายที่ญาติรับได้ว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต แต่หมอมั้ย้ายไปตึกอื่นเพราะยังไม่มีที่ดูแลระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ผู้ป่วยอื่นที่ต้องการดูแลในระยะวิกฤตจริง ๆ หหมดโอกาสที่จะเข้ามารับการรักษา บางครั้งก็เอาผู้ป่วยที่อาการยังไม่ดีเท่าไรย้ายออกไปเพื่อเอาผู้ป่วยอาการหนักกว่าเข้ามา สรุปแล้วคนที่ออกไปก็ไปอาการแย่งนอก ทำให้เรารู้สึกแย่ไปด้วย เพราะดูแลแต่ผู้ป่วยใกล้ตายไม่มีทางรอดชีวิต ลงจาก

ตึกไปรู้สึกเครียดหมดแรงไปเลย” (Nurse 6)

3. ดูแลตามความต้องการของครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลบางราย ได้เล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล บางครั้งอาจทำให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เนื่องจากญาติผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลดูแลตามความต้องการของตนเอง ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“บางที่การดูแลก็มีอุปสรรคจากญาติ เช่น ญาติไม่ยอมให้ Suction (ดูดเสมหะ) ไม่ยอมให้เช็ดตัว หรือไม่ยอมให้ตะแคงตัว เค้าไม่ยอมให้ทำ เราก็กังลำบากใจ หรือบางครั้งอยากให้เราทำอะไรที่เราไม่ได้ เช่น อยากให้คนไข้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กินข้าวกินน้ำทางปาก ในทางปฏิบัติแล้วการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายใกล้ตายดูแลง่ายกว่าคนไข้วิกฤตนะ เพราะเราดูแลไปเรื่อย ๆ ตามอาการ แต่ถ้าญาติไม่ยอมให้ทำอะไรเพิ่มเติม... หมอก็น่าจะให้อย่างออกไป ” (Nurse 5)

“ตอนนี้มีหลักประกัน 30 บาท ญาติไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย บอกว่ารักษาให้เต็มที่ โรงพยาบาลก็รักษาเต็มที่ ทั้งฟอกเลือด ใส่เครื่องช่วยหายใจ บางรายเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เข้าไอซียูมาใส่เครื่องช่วยหายใจ มาให้ยาเคมี (เคมีบำบัด) ดูแลแล้วทรมาน เราสงสารผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวแล้ว แต่ญาติบอกสู้เต็มที่ มันเหมือนเรายื้อชีวิตเขา แต่เราก็ต้องดูแลตามที่ญาติบอก” (Nurse 7)

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลในหน่วยวิกฤตในโรงพยาบาลเอกชนให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับความต้องการของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต ญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจยุติการรักษาด้วยตนเอง

“ที่โรงพยาบาลเอกชนที่หนูทำงานอยู่จะไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องญาติ เพราะญาติจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เราจะบอกญาติว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายแล้วไม่มีโอกาสรอดชีวิตแล้ว ถ้ารักษาในไอซียู ค่าใช้จ่ายวันละเท่าไร คำนวณแล้วญาติเข้าใจ ญาติบอกให้

ยุติการรักษา เพราะไม่อยากยื้อชีวิตคนไข้ เช่น ไม่ต้องให้ยาเพราะยาแพงมาก ผู้ป่วยก็เสียชีวิตด้วยความสงบญาติเขาเข้าใจ” (Nurse 19)

ความต้องการของพยาบาลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล รวมทั้งระบุความต้องการการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 4 ประการ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เนื่องจากมีความเข้าใจและเห็นใจญาติที่มีความวิตกกังวลและความเครียดกับอาการเจ็บป่วยรุนแรงของบุคคลในครอบครัว ในหน่วยงานของตนเองจะมีการยืดหยุ่นเกี่ยวกับระเบียบและเวลาการเยี่ยม ถ้าญาติต้องการมาดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พร้อมทั้งเสนอแนะให้มีสถานที่จัดให้ญาติพัก มีพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ที่รักษา เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวร่วมวางแผนในการรักษาดังข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

“ควรเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา อาจจะต้องเตรียมที่พักญาติได้พักด้วย ญาติจะได้มีส่วนร่วมในการดูแล มาช่วยเช็ดตัว บางคนมานั่งอยู่ด้วย จับมือ สังเกตเห็นคนไข้จะสงบมากขึ้น เราจะรับต้องฟังความคิดเห็นของญาติ และเห็นใจญาติพูดคุยให้กำลังใจญาติ ให้ญาติปรับสภาพจิตใจไปวันต่อวันด้วย ที่หน่วยงานจะไม่ Strict เรื่องเวลาเยี่ยม” (Nurse 2)

“คนไข้ส่วนใหญ่เป็นคนไข้อุบัติเหตุ ญาติยังรับไม่ได้ว่าต้องเสียชีวิต ต้องเปิดโอกาสให้ได้มีเวลาดูแล อนุญาตให้ปฏิบัติต่างๆ ตามประเพณี ความเชื่อ อาจมีอุปสรรคทางศาสนา หรือให้โอกาสญาติขอมาจัดดอกไม้ธูปเทียนมาขอมา ในส่วนตัวถ้ารู้ว่าคนไข้คนไหนไม่ไหวแล้ว ต้องเสียชีวิตแน่ๆ เราจะพยายามให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิด ให้นั่งอยู่กับผู้ป่วย ได้พูดคุยกับ

ผู้ป่วย พูดถึงสิ่งที่ได้ทำมา” (Nurse 26)

“โรงพยาบาลต่างจังหวัด คนรับผิดชอบโดยตรงจะเป็นพยาบาลประจำ case จะแบ่งเป็น case รับผิดชอบคนละ 1-2 case ถ้ามีผู้ป่วย End of Life จะประเมินร่วมกันระหว่างพยาบาลกับหมอ ถ้าเราประเมินแล้วรายงานหมอ หมอจะมากุญกับญาติ...เคลียกับญาติเลย เพราะถ้า Arrest (หัวใจหยุดเต้น) ระหว่างเวรจะมีปัญหาหมอดึงลงมาคุย เรานัดญาติมากุญ หมอจะบอกข้อดีและข้อเสีย อาการตอนนี้เป็นยังไง บางรายญาติฟังเสร็จก็จะเซ็น No CPR (ไม่กู้ชีพ) บางครั้งก็เซ็นไม่ใหยาจะมีใบเซ็นยินยอมยุติการรักษา ญาติอาจจะถามหมอเกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย เช่น หยุดยาตัวนี้แล้วหัวใจหยุดเต้นไหม ให้ยาตัวนี้จะฟื้นไหม ให้ญาติตัดสินใจเอง บางทีญาติเข้าใจ...ตัดสินใจไม่รักษา... ให้ผู้ป่วยได้ไปอย่างสงบ” (Nurse 15)

2. คู่มือบนพื้นฐานของความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ นอกจากจะดูแลทางด้านลดความเจ็บปวด บรรเทาอาการแล้ว จะต้องคำนึงถึงการดูแลที่อยู่บนพื้นฐานความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ดังคำพูด

“เราใช้หลักการตอบสนองความต้องการของญาติและคำนึงถึงหลักศาสนาด้วย ญาติจะอยู่เผ้าก็ให้อยู่ในบริเวณที่จัดให้ ดูแลและตอบสนองความต้องการของญาติและครอบครัว หลักความเชื่อ เช่น ศรัทธาต่อพระ ก็ให้เชิญมา นั่งถือคริสต์ให้ บาทหลวงมาเยี่ยม หรือญาติอยากให้อ่านพระธรรม เราก็จัดการให้ ถ้าจะให้ใครมาเยี่ยม เราก็ให้เข้ามาดูแลใกล้ชิด” (Nurse 11)

“ถ้าเป็นระยะสุดท้ายก็พยายามดูแลให้เค้าได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ญาติบอกว่าต้องการอะไร ถ้าไม่เดือดร้อนอย่างไรเราก็จะหามาให้ เราก็ใช้หลักอย่างนี้ เช่น ให้ญาติเข้ามาเยี่ยมตลอด เค้าต้องการให้มีพระมาสวด ถวายสังฆทาน ก็นิมนต์พระมาทำพิธีกรรมทางศาสนาให้ทำตามความ

เชื่อ เช่น ประพนธ์นันท์” (Nurse13)

“โดยส่วนตัวก็ใช้การตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย ดูแลให้ยาแก้ปวด บรรเทาอาการไม่สบาย ส่วน จิตสังคม จิตวิญญาณ ใช้หลักความเมตตา กรุณา ให้ญาติทำตามความเชื่อ... ที่โรงพยาบาลมีหลากหลาย พุทธ อิสลาม ความเชื่อ คล้าย ๆ กัน แล้วก็ มีเขมร พม่า จะมีพิธีทางไสยศาสตร์เราให้ญาติมาทำ เพราะเขาเชื่อว่าทำแล้วญาติเขาจะเสียชีวิตด้วยความสงบ ไปยังที่ที่เขาต้องการ..ญาติเขาก็พึงพอใจ” (Nurse18)

3. พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสุขภาพมีส่วนร่วม

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานมามากกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายที่มีมาตรฐาน จะต้องมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีส่วนร่วมกันในทีมสุขภาพ เพื่อที่จะได้นำแนวทางนี้ไปดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

3.1 มีนโยบายและทีมงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้มีการจัดทำนโยบายและกำหนดทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย

“ในหน่วยวิกฤตควรมีทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ชัดเจน ควรมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผน ส่วนใหญ่แพทย์ที่อบรมด้านนี้มาจะเป็นผู้ดำเนินการให้คำปรึกษากับครอบครัวในกรณีที่เหมาะสมแล้วว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทั้งนี้พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ประสานงานญาติ และจัดเตรียมสถานที่ในการให้ข้อมูลแก่ญาติ” (Nurse 1)

3.2 ให้ข้อมูลในการดูแลแก่ญาติเพื่อให้ญาติมีทางเลือก ผู้ให้ข้อมูลที่หน่วยงานมีแนวทางดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ชัดเจน เสนอแนะว่าทีมสุขภาพควรจะประเมินอาการผู้ป่วยและให้ข้อมูลแก่ครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบครัวตัดสินใจในการดูแลรักษา

“ควรทำ Family conference ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูทุกราย นัดญาติมาทั้งหมด พยาบาล

เจ้าของเตียง พยาบาล in charge หมอจะเป็นหมอทั้งทีม... ค่อย Prognosis (การพยากรณ์ของโรค) ให้ญาติที่เกี่ยวข้องทั้งหมดฟัง พูดถึงข้อดีข้อเสียให้ญาติตัดสินใจเลือกการรักษา เลือกทางนี้เป็นอย่างไร หรือ NR (non resuscitate) เลย ญาติทุกคนตัดสินใจพร้อม ๆ กัน จะได้ไม่มีการพูดทีหลังว่าเขาไม่ได้เป็นคนตัดสินใจ และให้ญาติสายตรงเซ็นอนุญาตการรักษา....” (Nurse 2)

“ที่ไอซียู เราจะทำ Family conference กับญาติทุกรายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แพทย์จะอธิบายให้ญาติฟังเลยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายที่รักษาไม่หาย และเราช่วยเหลือเต็มความสามารถแล้ว ในขณะที่อยู่ที่ไอซียู พยาบาลที่เป็นเจ้าของ case จะคอยประสานงานให้พบแพทย์ทุกวันถ้าญาติต้องการ ญาติบางรายขอให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อย้ายไปโรงพยาบาลต่างจังหวัด เพราะอยู่ทางนี้เขาเสียค่าใช้จ่ายมาก เราก็ติดต่อให้ได้ย้ายโรงพยาบาลที่เขาต้องการ เขาก็มาขอบคุณเรานะที่ช่วยเหลือเขา” (Nurse 4)

3.3 จัดหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลในหน่วยงานวิกฤตมองเห็นปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิตซึ่งมีผลต่อกระทบกับการดูแลผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต และมีความเข้าใจญาติที่มารอเฝ้าด้วยความห่วงใย จึงเสนอแนะให้มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใกล้เสียชีวิต

“โรงพยาบาลน่าจะมีหน่วยกึ่งวิกฤตไว้รองรับผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิต หรือไม่มีทางรักษาแล้ว เราต้องให้การดูแลเพื่อประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้ารักษาไม่ไหวแล้วยังอยู่ ICU ก็จะมีปัญหาค่ารักษาตามมามาก ถ้าจะย้ายออกไปอยู่ข้างนอก ต้องบอกให้ญาติรู้และต้องมีญาติไปด้วย ญาติจะได้เข้าไปดูแลในระยะสุดท้าย มีที่พักให้ญาติไม่ต้องมานั่งรอหน้าไอซียู เราเห็นแล้วสงสารญาติ หน่วยงานที่ดูแลจะต้องพร้อมในการดูแลแบบประคับประคอง และให้ญาติมีส่วนร่วมทุกอย่าง ” (Nurse 21)

4. พัฒนาศักยภาพพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลบางราย เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการอบรมระยะสั้น ๆ และมีเนื้อหาที่สอดคล้องกันในการประชุมวิชาการอื่น ๆ ซึ่งเป็นการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง ถึงแม้จะนำความรู้มาใช้ได้บ้าง แต่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ โดยเพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรปริญญาตรี และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางวิกฤตดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

เคยอบรมที่ธัญรักษ์ เป็นการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง..ไม่เหมือนวิกฤต... โดยเฉพาะผู้ป่วยแตกต่างกันมาก แต่ก็ได้นำหลักการบางอย่าง เช่นดูแลจิตใจมาใช้เพราะมีคนใช้ระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลตามที่ได้รับมอบหมาย ถ้ามีการอบรมเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะจะดีมาก เพราะเราจะได้ไปสอนหรือถ่ายทอดให้น้องๆ ให้มีความเข้าใจเพิ่มขึ้น (Nurse 1)

เคยไปอบรมที่ประชุมวิชาการ เป็นการสอนเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเล็กน้อยแล้ว แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เอาประสบการณ์มาวิเคราะห์ ประเด็นวิกฤตไม่ค่อยพูดถึงอยากให้มีการอบรมเน้นการดูแลระยะสุดท้ายในวิกฤต เราต้องไปพัฒนาน้องๆ ที่หน่วยงาน น้องใหม่ที่มาทำงานที่ไอซียู พอมาดูแลผู้ป่วยอาการหนักเขาก็กลัว แล้วก็เครียด บางคนไม่เคยเก็บ death (ศพ) ตอนเป็นนักเรียน ถ้าเขาได้รับการอบรมเพิ่มเติมเขาจะกล้าดูแล....และเข้าใจมากขึ้น (Nurse 6)

ควรมีการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่หลักสูตรปริญญาตรี จนถึงหลักสูตรเฉพาะทาง ที่มาเรียนนี้... (หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต) ก็มีเน้นบ้างเล็กน้อย ตอนเรียนปริญญาตรีเรียนมานิดเดียว ยังขาดความรู้ความเข้าใจ” (Nurse 7)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประสบการณ์ในด้านลบและด้านบวกของพยาบาลหน่วยวิกฤตที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่พยาบาลในหน่วยวิกฤตได้เล่าประสบการณ์ในด้านลบและนับว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการดูแลที่ไม่มีแนวทางการดูแลระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากหน่วยงานวิกฤตที่พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและบางแห่งเป็นสถาบันการศึกษาทางการแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉินที่สลับซับซ้อน และในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการดูแลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาครอบคลุมในระยะวิกฤตฉุกเฉิน¹² ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตมุ่งเน้นในการรักษาให้หายและแก้ไขสาเหตุเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยที่สุด ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องฟอกไต เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ และการให้ยาชนิดต่างๆ เพื่อช่วยชีวิตและการรักษาบางอย่างยังเป็นการรักษาที่อยู่ในขั้นตอนการศึกษาวิจัยและให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้เสียชีวิตในหน่วยวิกฤตยังคงให้การรักษาย่างจริงจังและอาจเกิดความขัดแย้งกับทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ในด้านการยุติการรักษาหรือรักษาแบบประคับประคองซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹³⁻¹⁷

นอกจากนี้พยาบาลในหน่วยวิกฤตมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการเกิดความคับข้องใจในการทำงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยหรือเพิ่งจบการศึกษา ขาดประสบการณ์ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเพียงพอ เมื่อได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตและจัดการศพผู้ป่วยบ่อยครั้งจะให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ และเมื่อเผชิญกับภาวะ

กตตันในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใกล้เสียชีวิตท่ามกลางภาวะกตตันในบรรยากาศของการดูแลในภาวะวิกฤต เช่น ความจำกัดของทรัพยากร จำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความคาดหวังของครอบครัว ไม่สามารถต่อรองหรือแสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง หดหู่กำลังใจ สูญเสียพลังอำนาจ และรู้สึกว่างกายอ่อนเพลียจากการทุ่มเทการทำงาน ส่งผลให้เกิดภาวะหม่อมหม่องทางจริยธรรม (moral distress) และส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต่างประเทศ^{7,9,15-17} ทั้งนี้อาจเกิดจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอาการหนักระยะสุดท้าย ขาดการดูแลด้านจิตใจ ขาดการให้การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลระยะสุดท้ายในทีมสุขภาพ ดังนั้นผู้บริหารในหน่วยงานหรือองค์กรจะต้องให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น มีทีมสหสาขาและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมาให้คำปรึกษาแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในการดูแลระยะสุดท้ายในหน่วยงานวิกฤต ฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารกับญาติ การฝึกทักษะในการเผชิญกับความเครียด และการฟื้นฟูดูแลจิตใจตนเองเพื่อให้สามารถกลับสู่สภาวะปกติ^{18,19-21}

ประสบการณ์ที่พยาบาลสะท้อนว่าเป็นประสบการณ์ในด้านบวกส่วนใหญ่เป็นรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามขอบเขตความสามารถของพยาบาล เช่น ดูแลบรรเทาอาการที่ไม่สบาย การลดความเจ็บปวดลดความทรมานให้แก่ผู้ป่วย ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลในการดูแลรักษากับญาติผู้ป่วยเพื่อคลายความ

วิตกกังวล การดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อทางด้านความเชื่อ วัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งเป็นการดูแลเหมาะสมตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีและสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{8,10,14} ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤตนั้นนับว่าเป็นสมรรถนะของการพยาบาลที่สอดคล้องกับสมรรถนะของการพยาบาลระยะสุดท้ายของสมาคมวิทยาลัยการพยาบาลแห่งประเทศไทย (America Association of College of Nursing) ในด้านการประเมินอาการ ให้การดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด ลดอาการเหนื่อยหอบ การลดความวิตกกังวล การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และเคารพในความเชื่อด้านสังคมวัฒนธรรม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีความสุขสงบสุข²²

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลในหน่วยวิกฤตยังมีประสบการณ์ด้านที่ดีเกี่ยวกับการมีบทบาทในการส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นบทบาทที่อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพและสอดคล้องกับสมรรถนะของสมาคมวิทยาลัยการแพทย์ในด้านการมีความสามารถในการสื่อสารกับญาติและติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย²² กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการหนักและใกล้เสียชีวิต การติดต่อประสานงานในการประชุมปรึกษาด้านการดูแลรักษากับญาติผู้ป่วย (family conference) รวมทั้งได้ส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและหน่วยวิกฤตและในระยะสุดท้ายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศและประเทศไทย^{7,8,10,11,14,21,23}

จากประสบการณ์ที่ดีและส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลในหน่วยวิกฤตตระหนักถึงความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) ส่งเสริม

ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและระยะสุดท้าย 2) การดูแลบนพื้นฐานทางจิตวิญญาณและความเชื่อของผู้ป่วย 3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม ความต้องการดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาโดยกล่าวถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย นอกจากเป็นผู้ประสานงานในการให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือกับทีมผู้ดูแล (Family conference) ให้การดูแลด้านจิตใจด้วยความเห็นใจญาติและตอบสนองต่อความต้องการของญาติเป็นผู้ที่ปกป้องสิทธิและเป็นปากเป็นเสียงให้กับญาติผู้ป่วย เช่น การมีนโยบายในการดูแลระยะสุดท้ายให้ชัดเจน การมีหน่วยงานที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและญาติ²⁴⁻²⁷

ผลของงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลในหน่วยวิกฤตมีความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยระบุถึงความต้องการในการพัฒนาด้านตนเองเนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายในหลักสูตรปริญญาตรียังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต ความต้องการพัฒนาด้านตนเองนี้สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านการกำหนดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์ไม่มากใช้ในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งควรมีแนวทางการดูแลด้านจิตใจผู้ร่วมงานให้ครอบคลุม นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือหลักสูตรบัณฑิตศึกษาในการดูแลระยะสุดท้าย ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับความขัดแย้ง หลักการต่างๆ ในการยุติการรักษาซึ่งไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมและกฎหมาย มีกระบวนการในการติดต่อสื่อสารการพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะสุดท้าย การทำงาน

ร่วมกับทีมสหสาขา และสนับสนุนจริยธรรมและการสื่อสารในการดูแลระยะสุดท้ายให้เป็นวัฒนธรรมในหน่วยวิกฤต^{16,17,25,28}

สรุป

การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในหน่วยวิกฤต ได้สะท้อนให้เห็นอุปสรรคในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการขาดระบบที่สนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรม พยาบาลยังให้การดูแลด้วยความคับข้องใจเนื่องจากขาดประสบการณ์และความรู้เพียงพอ ส่วนประสบการณ์ในด้านบวกเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลสอดคล้องกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี รวมทั้งให้การดูแลครอบครัวโดยการให้ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะสุดท้าย ปกป้องสิทธิผู้ป่วยและญาตินับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในหน่วยวิกฤต นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุถึงความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะตนเองให้มีความสามารถเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายซึ่งสามารถนำความรู้ไปพัฒนาระบบการดูแลและถ่ายทอดให้แก่ผู้ร่วมงานในทีมสหสาขา

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้ข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยวิกฤต โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร การจัดระบบการดูแลและพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา ลีมีอำนาจลาภ, ชวนพิศ ทำนอง.

- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
2. Nelson JE, Danis M, End of life care in the intensive care unit: where we now? *Crit Car Med* 2000; 29:N2-9.
3. Levy M. Making a personal relationship with death. In Cutis Rubinfeld. *Managing death in the ICU*. New York: Oxford University press; 2001.pp. 31-36.
4. Ranse K, Yates P, Coyer F. End-of-life care in the intensive care setting: a descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Aust Crit Care* 2012; 25:4-12.
5. Chapple HS. Changing the game in the intensive care unit : letting nature take its course. *Crit Care Nurse* 1999;19: 25-34.
6. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32: 97-104.
7. Calvin AO, Kite-Powell DM, Hickey JV. The neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. *J Neurosci Nurs* 2007; 39:143-150.
8. Isabell FA, Forsberg IB. Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *ICCN* 2009; 25: 233-41.
9. Valiee S, Negarandeh R, Nayeri ND. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. *Nurs Crit Care* 2012;1 (6) :309-15.
10. อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, วิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26(1) 41-55.
11. ปฐมวดี สิงห์ตง, ชนกพร จิตปัญญา. การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต : มุมมองจากญาติผู้ป่วย. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร* 2554; ปีที่3 ฉบับที่3: 17-31
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *วิธีการใช้หลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย* Version 1.1.1.12 11/09/2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ23 ต.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-forpeople_useuc.aspx
13. Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulskey JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med*. 2001;16(5):283-289.
14. Baggs JG, Schmitt MH. End-of-life decisions in adult intensive care: current research base and directions for the future. *Nurs Outlook* 2000;48(4):158-164.
15. Beckstrand RL, Kirchoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care* 2005;14:395-403.
16. Calvin AO, Lindy CM, Clington SL. The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study. *ICCN* 2009; 25:214-220.
17. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs* 2000; 33(6):707-715.
18. Robichaux CM, Clark AP. Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *Am J Crit Care* 2006;15(5):480-489
19. McClement SE, Degner LF. Expert nursing

- behaviors in care of the dying adult in the intensive care unit. *Heart Lung* 1995;24(5):408-419.
20. White KR, Coyne PJ, Patel UB. Are nurses adequately prepared for end-of-life care? *J Nurs Scholarsh* 2001;33(2): 147-151.
 21. Llamas KJ, Llamas M, Pickhaver AM, Piller NB. Provider perspectives on palliative care needs at a major teaching hospital. *Palliat Med* 2001;15:461-470.
 22. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC, American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008 Mar;36(3):953-63.
 23. Renea L. Beckstrand, Lynn Clark Callister and Karin T. Kirchhoff. Improving End-of-Life Care Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. *Am J Crit Care* 2006;15:38-45
 24. Adams JA, Bailey Jr DE, Anderson RA, Docherty SL. Nursing roles and strategies in end-of-Life decision making in acute care: a systematic review of the literature Volume 2011, Article ID 527834, 15 pages doi:10.1155/2011/52783
 25. America Association of College of Nursing. Peaceful death: Recommended competencies and curricular guidelines for end-of-life nursing care. [Internet]. 1998.[cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm>.
 26. Faas A. The intimacy of dying. *Dimens Crit Care Nurs* 2004;23(3):122-4.
 27. ปฐมวดี สิงห์ดัง, ชนกพร จิตปัญญา. การบำบัดทาง การพยาบาลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยหนัก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2554; 22(1):43-57.
 28. Paice JA, Ferrell BR, Virani R, Grant M, Malloy P, Rhome A. Graduate nursing education regarding end-of-life care. *Nurs Outlook* 2006; 54:46-52. doi:10.1016/j.outlook.2005.04.003

๓๐๔ ๔๓ ๓๐๔ ๔๓ ๓๐๔