

Factors Related to Nurses' Competency in Communication with Pediatric Patients at the End of Life and Their Families*

Poungpet Geawhan¹, Arunrat Srichantaranit, RN, PhD¹, Wanida Sanasuttipun, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the relationships between age, attitude toward death and caring for dying patients, obstacles of communication and nurses' competency in communication with pediatric patients at the end of life and their families.

Design: Correlational study design.

Methods: The sample was 123 nurses working in the pediatric units at 3 tertiary care hospitals in the central part of Thailand, having experiences in caring for pediatric patients at least 1 year, and not being in a position of head nurse or higher. Data were collected through questionnaires including personal information, nurses' perception of competency in communication with pediatric patients at the end of life and their families, attitudes towards death and caring of dying patients, and nurses' perceptions of barriers to communication. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient were used in the data analysis.

Main findings: The subjects had a moderate level competency in communication with pediatric patients at the end of life and their families. Age and attitudes toward death and caring for dying patients were positively correlated with nurses' competency in communication at significance level ($r_s = .21, p < .01$ and $r_s = .35, p < .01$, respectively). Obstacles of communication was not correlated with nurses' competency in communication ($r_s = -.06, p > .05$).

Conclusion and recommendations: The study results suggested that a nurse with maturity by age and positive attitudes towards death tends to be an appropriate one who is responsible for communicating with a patient at the end of life stage and family. A training for cultivating good attitudes towards death and developing competency in communication should be arranged for nurses. Clinical practice guideline for communication with this group of patients and families should also be developed.

Keywords: communication, end of life care, family, nurse

Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(1):32-44

Corresponding Author: Assistant Professor Arunrat Srichantaranit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: arunrut.sri@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 9 October 2018 / Revised: 5 December 2018 / Accepted: 14 December 2018

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว*

พวอพงษ แก้วหาญ¹ อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิทย์, PhD¹ วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ทักษะติดต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และอุปสรรคในการสื่อสาร กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชกรรมที่โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง ในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 123 คน มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 1 ปีและไม่เป็นผู้บริหารระดับหัวหน้าหรือผู้ป่วยขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการสื่อสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวระดับปานกลาง อายุและทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .21, p < .01$ และ $r_s = .35, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการสื่อสารไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r_s = -.06, p > .05$)

สรุปและขอเสนอแนะ: ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า พยาบาลที่มีวุฒิภาวะด้วยอายุและมีทัศนคติที่ดีต่อความตายมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้เหมาะสมรับผิดชอบในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว จึงควรจัดให้มีการอบรมเพื่อปลูกฝังทัศนคติที่ดีและพัฒนาสมรรถนะในการสื่อสารแก่พยาบาล ตลอดจนพัฒนาแนวปฏิบัติในการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มนี้ด้วย

คำสำคัญ: สื่อสาร การดูแลระยะสุดท้าย ครอบครัว พยาบาล

Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(1):32-44

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิทย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: arunrut.sri@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 9 ต.ค. 2561 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 ธ.ค. 2561 / วันที่ตอบรับบทความ: 14 ธ.ค. 2561

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ารักษาไม่หาย กำลังเข้าสู่ระยะท้ายของโรค และจะเสียชีวิตไม่นานนัก หรืออีกประมาณ 6 เดือน¹ การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเด็กส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะเสื่อมไปตามพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากความเจ็บปวดหรืออาการรบกวนต่างๆ² ยิ่งกว่านั้น ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายมักได้รับหัตถการและการรักษาเพื่อยื้อชีวิตมากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ ส่งผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความคับข้องใจ กลัว วิตกกังวล ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจ³ นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา ซึ่งถือว่าความเจ็บป่วยและการสูญเสียบุตรเป็นเรื่องที่เลวร้ายที่สุด⁴⁻⁵ บิดามารดาจะรู้สึกผิดและโทษตัวเองที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลบุตรให้ปลอดภัย ทำให้สภาวะจิตใจของบิดามารดามีภาวะเครียดรุนแรง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย เกิดอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหารปวดท้อง ท้องอืด ใจสั่น แน่นหน้าอก นอกจากนี้การที่บิดามารดาเฝ้าดูแลบุตรที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันต้องสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงาน⁶ รวมทั้งการไม่มีเวลาในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการการตอบสนอง เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต¹

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว จึงจำเป็นอย่าง

ยิ่งที่พยาบาลต้องมีความสามารถหรือสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว⁴⁻⁵ ซึ่งสมรรถนะในการสื่อสารเป็นสมรรถนะหลักที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมากที่สุด⁶ และเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว¹⁻⁵ เนื่องจากเป็นความสามารถในการรับฟัง การพูด และความไวต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว^{1,6-7} การสื่อสารเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ดังนั้นการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความต้องการและสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัวครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม^{1-2,5-9} ในทางตรงข้าม การสื่อสารที่ไม่ดีจะทำให้พยาบาลไม่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานใจ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งได้^{5,10} สมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ตามหลักการของ Dahlin¹¹ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การบอกข่าวร้าย 2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) การสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ความตาย และ 4) การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสมรรถนะในการสื่อสารทั้ง 4 ด้านนั้น พยาบาลใช้การสื่อสารที่เป็นภาษาพูดและภาษากาย ผ่านช่องทางที่เหมาะสม ถูกต้องตามเวลา และสถานการณ์ เพื่อให้ข้อมูลทั้งหมดส่งไปยังผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพได้ตรงตามวัตถุประสงค์

แม้ว่าการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลยังมีข้อจำกัดและ

อุปสรรคในการสื่อสาร^{3,9,12-13} กล่าวคือ พยาบาลมีการรับรู้ว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้ายและครอบครัวถึงสถานการณ์เกี่ยวกับความตายเป็นเรื่องยาก พยาบาลส่วนใหญ่วิตกกังวล อึดอัด ลำบากใจที่จะพูดถึงการดำเนินโรค และไม่กล้าบอกข่าวร้ายกับผู้ป่วยและครอบครัวว่ากำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค⁹ พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการสื่อสารสำคัญในการที่จะสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้าย เนื่องจากไม่มีการพยากรณ์โรคที่แน่นอนจากทีมแพทย์ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้พยาบาลไม่มั่นใจในการพูดคุยกับผู้ป่วยและในเรื่องการวางแผนการดูแลระยะสุดท้ายหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องเพราะเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกขใจและวิตกกังวล¹²⁻¹³ และพยาบาลรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถหรือไม่มีทักษะในการสื่อสารเนื่องจากไม่ได้รับการอบรมหรือฝึกปฏิบัติเรื่องการสื่อสาร³ ด้วยสาเหตุดังกล่าวอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้ายและครอบครัว จากการสอบถามพยาบาลจำนวน 6 ราย ที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งให้บริการผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 14 ปี พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกลำบากใจและไม่มั่นใจที่จะพูดถึงข่าวร้ายหรือการดำเนินของโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย กังวลต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่อาจเกิดขึ้นเมื่อทราบข่าวร้าย พยาบาลส่วนมากรับรู้ว่าคุณเองขาดความรู้และทักษะในการสื่อสาร ทำให้ไม่รู้ว่า จะเริ่มต้นพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร รวมทั้งไม่กล้าแสดงบทบาทในการอภิปรายปัญหา หรือเข้าร่วมวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขา จากข้อมูลดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ พบว่าสมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยผู้ใหญ่กระยะสุดท้ายและ

ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีสมรรถนะในการสื่อสารรายข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ความสามารถในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจในการรับทราบข่าวร้าย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึก และการอภิปรายกับทีมสหสาขาเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การสื่อสารในผู้ป่วยเด็กในกระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกับการสื่อสารในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เนื่องจากการรับรู้ และการตอบสนองความตายของเด็กขึ้นอยู่กับอายุ และระดับพัฒนาการในแต่ละวัย รวมทั้งการสื่อสารกับครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยในกระยะสุดท้ายมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นในครอบครัวที่เจ็บป่วย เนื่องจากความเจ็บป่วยและการตายในเด็ก เป็นสิ่งที่ครอบครัวไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นและไม่มีการเตรียมใจรับกับความสูญเสีย ทำให้พยาบาลต้องใช้ทักษะในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัวให้ปรับตัวเตรียมรับสถานการณ์ที่เลวร้ายได้⁵

สมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ได้แก่ อายุ การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกระยะสุดท้าย และทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย การมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกระยะสุดท้าย¹⁴ และอุปสรรคในการสื่อสาร¹⁵ แต่เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้ายและครอบครัวมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาตัวแปรพื้นฐานและตัวแปรที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยผู้ใหญ่กระยะสุดท้ายและครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$)¹⁴ ซึ่งนักวิจัย อภิปรายว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้น จะได้รับการอบรมความรู้ มีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดูแลผู้ป่วยกระยะสุดท้าย ส่งผลให้พยาบาลที่มีอายุมากกว่า

มีทักษะและความสามารถหรือมีสมรรถนะในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว

ทัศนคติของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาคพบว่า ทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสื่อสารกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายและครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$)¹⁴ จากข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยดังกล่าวพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 5-10 ราย จึงอาจทำให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และเห็นความสำคัญของการสื่อสารที่จะสามารถประเมินปัญหา ให้การช่วยเหลือหรือตอบสนองความต้องการได้อย่างครบถ้วนครอบคลุม อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายจะมีความสัมพันธ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว

อุปสรรคในการสื่อสารเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่กีดขวางให้พยาบาลสื่อสารผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยลง หรือหลีกเลี่ยงที่จะไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาคของ Banerjee และคณะ¹⁵ พบว่าอุปสรรคในการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ได้แก่ พยาบาลมีความเครียด ขาดทักษะการสื่อสาร รับรู้ว่าการพูดคุยกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเด็กใกล้เสียชีวิตเป็นเรื่องยาก รับรู้ว่ามีแตกต่างของผู้ป่วยและครอบครัว และไม่มีแนวทางในการสื่อสาร ดังนั้น อุปสรรคในการสื่อสารจึงอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบ

การศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการสื่อสารกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

จะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีน้อย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และอุปสรรคในการสื่อสารของพยาบาล กับสมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาล ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวว่ามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และอุปสรรคในการสื่อสาร กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และอุปสรรคในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และไม่เป็นผู้บริหารตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาสุดท้ายและครอบครัว แต่พบการศึกษาที่คล้ายคลึงกันโดยศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ คือ การศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ พบว่าอายุและทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r = .25, p < .01$ และ $r = .32, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงใช้ขนาดของค่าอิทธิพล $r = .25$ ในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีตัวแปรใกล้เคียงมากที่สุด และยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กมาก่อน กำหนดอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ $p = .05$ คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องส่งแบบสอบถามคืนที่กล่องรับคืนในสถานที่ที่กำหนดไว้ โอกาสที่จะได้แบบสอบถามกลับมาครบถ้วนจึงมีน้อย นักวิจัยจึงกำหนดอัตราการไม่ตอบกลับ ร้อยละ 30 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 135 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนจำนวน 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.1

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹⁵⁻¹⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการบอกข่าวร้าย 2) ด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) ด้านการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ความตาย และ 4) ด้านการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 (รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นมากที่สุด) มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 40-200 การแปลผลคะแนนโดยรวม คะแนน 6.00-93.00 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการสื่อสารต่ำ คะแนน 93.01-147.00 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการสื่อสารปานกลาง และคะแนน 147.01-200.00 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการสื่อสารมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของ ทศนา มหามานภาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง¹⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{10,19} ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 30-150 การแปลผลคะแนน คะแนน 30.00-70.00 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไม่ดี คะแนน 70.01-110.00 หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายปานกลาง และคะแนน 110.01-150.00 หมายถึง

พยาบาลมีทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายดี

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการสื่อสารของพยาบาล ประกอบด้วย อุปสรรค 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านระบบบริการ ซึ่งผู้วิจัยตัดแปลงจากแบบประเมินอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของ ตูลา วงศ์ปาลี²⁰ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 (ไม่เป็นอุปสรรค) ถึง 4 (เป็นอุปสรรคมากที่สุด) มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-128 การแปลผลคะแนน คะแนน 0-42.67 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการสื่อสารน้อย คะแนน 46.68-85.35 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการสื่อสารปานกลาง คะแนน 85.36-128.00 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการสื่อสารมาก

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาล แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและแบบสอบถามอุปสรรคในการสื่อสารของพยาบาลเท่ากับ .97, 1 และ .98 ตามลำดับ หลังจากการปรับแก้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาล แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามอุปสรรคในการสื่อสารของพยาบาลได้เท่ากับ .95, .84 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ COA No. IRB-NS2017/393.

1001) และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 3 แห่ง (เลขที่ 099/2017 เลขที่ 035/2559 และเลขที่ 08/2560 ตามลำดับ) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยจากผู้วิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจ และข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยได้ติดต่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลละ 1 คน เพื่อทำหน้าที่แจกและรวบรวมแบบสอบถาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างในวันประชุมหอผู้ป่วยประจำเดือน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดต่างๆ ของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย จะได้รับซองสีน้ำตาลทึบแสง ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด และใบลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยใส่ในซองสีน้ำตาลเล็ก เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ ให้ส่งในกล่องรับแบบสอบถามและกล่องรับใบลงนามยินยอมอย่างละ 1 กล่อง ที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตั้งไว้ในห้องพักพยาบาลแต่ละหอผู้ป่วย โดยกำหนดระยะเวลาส่งแบบสอบถามกลับมาที่ผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดพบจะได้รับแบบสอบถามกลับมาไม่ครบ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ติดประกาศแจ้งเตือนไว้ในห้องพักพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือให้ส่งแบบสอบถามอีกครั้งภายใน 1 สัปดาห์ ถัดไป ผู้วิจัยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เนื่องจากค่าเฉลี่ยของตัวแปรอายุ ทิศนคติต่อความตาย และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และสมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวมีการกระจายไม่เป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.68 ปี (SD = 9.16) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.7 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กเฉลี่ย 13.75 ปี (SD = 9.10) เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.7) เคยดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย โดยร้อยละ 48.8 เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย 1-5 ราย รองลงมา ร้อยละ 3.16 ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ราย และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.2) เคยดูแลบุคคลในครอบครัวญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ประมาณ 2 ใน 5 หรือร้อยละ 42.3 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแล

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ทิศนคติของพยาบาลต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และอุปสรรคในการสื่อสาร (N = 123)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสาร	คะแนนการรับรู้สมรรถนะ				
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
สมรรถนะในการสื่อสารโดยรวม	40-200	40-197	142.08	19.87	ปานกลาง
ด้านกระบวนการบอกข่าวร้าย	20-100	20-100	72.03	10.14	ปานกลาง
ด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	6-30	6-30	21.13	3.40	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่าน...	10-50	10-49	34.74	6.87	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขา	4-20	4-20	14.18	2.58	ปานกลาง
ทัศนคติของพยาบาล	30-50	88-142	111.57	9.04	ดี
อุปสรรคในการสื่อสาร	0-128	0-119	72.40	19.69	ปานกลาง

ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยเรื่องที่ได้รับการอบรมเป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดการอาการและความเจ็บปวด ร้อยละ 22.8 การให้คำปรึกษา และการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ร้อยละ 19.8 และการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ร้อยละ 19.1

2. ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 142.08$, $SD = 19.87$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยด้านกระบวนการบอกข่าวร้ายเท่ากับ 72.03 คะแนน (SD = 10.14) ด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเท่ากับ 21.13 คะแนน (SD = 3.40) ด้านการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ความตายเท่ากับ 34.74 คะแนน (SD = 6.87) และด้านการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 14.18 คะแนน (SD = 2.58) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเท่ากับ 111.57 (SD = 9.04) อยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยอุปสรรคในการสื่อสารเท่ากับ 72.40 (SD = 19.69) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาค้นพบว่า อายุ และทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .21, p < .01$

และ $r_s = .35, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r_s = -.06, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 123)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. อายุ	1			
2. ทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย	.25*	1		
3. การรับรู้อุปสรรคในการสื่อสาร	.15	.05	1	
4. สมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาล	.21**	.35**	-.06	1

*p < .05, **p < .01

การอภิปรายผล

1. การรับรู้สมรรถนะในการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 142.08, SD = 19.87$) ในรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการบอกข่าวร้าย ด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ด้านการเปลี่ยนผ่านสู่ความตาย และด้านการสื่อสารระหว่างทีม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ศรีสุวรรณ เขียวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายและครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจอธิบายได้ว่า พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากการสื่อสารจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วย และการดำเนินของโรคตามความเป็นจริง สามารถวางแผนการดูแลตนเองในระยะสุดท้าย และยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง และจากการสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 3 แห่ง พบว่าแพทย์จะเป็นผู้สื่อสารให้ข้อมูลโดยตรงกับ

ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจะมีบทบาทพูดคุยสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเกิดความคุ้นเคย รวมทั้งเป็นผู้ประสานงาน และประเมินความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนทำการนัดหมายให้ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวพบแพทย์เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวร่วมวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยมากในส่วนของการรับรู้ของสมรรถนะการสื่อสารในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพได้ดี การรับฟัง และการตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยการสัมผัสและการแสดงท่าทีในการดูแลเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวกำลังเผชิญกับความตาย ส่วนสมรรถนะในการสื่อสารด้วยการพูดให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีคะแนนเฉลี่ยน้อย อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในเรื่องการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดมากกว่าการสื่อสารด้วยคำพูด ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสื่อสารโดยการแสดงออกหรือการสัมผัสของพยาบาล แสดงถึงความเอื้ออาทรที่ผู้ป่วย

รับรู้ได้โดยไม่ต้องสื่อสารด้วยคำพูด^{1,2,21} ซึ่งอาจทำได้ง่าย แต่การสื่อสารด้วยคำพูดนั้นอาจต้องใช้ทักษะหรือได้รับการฝึกอบรมการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเรื่องการสื่อสารร้อยละ 19.8 จึงอาจทำให้มีทักษะในการสื่อสารด้วยการใช้คำพูดไม่เพียงพอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r_s = .21, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r = .25, p < .01$) ซึ่งนักวิจัยจากการศึกษาดังกล่าวได้ให้เหตุผลว่า พยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเรียนรู้ ทำให้มีวุฒิภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสติปัญญา มากขึ้นตามวัย ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.68 ปี (SD = 9.16) ซึ่งเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง บุคคลในวัยนี้จะมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เข้าใจความต้องการ ความคาดหวังของคนอื่น มีการพูดคุย ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี และเริ่มมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย รับรู้ถึงความตายกำลังใกล้เข้ามา เริ่มมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลใกล้ชิดที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย หรือเคยมีการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยดูแลบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ 52.2) นอกจากนี้อายุที่มากขึ้น จะมีระยะเวลา

ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็กมาก ($\bar{X} = 13.75, SD = 9.10$) และเคยดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายร้อยละ 92.7 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือดูแลบุคคลที่ตนรักมาก่อน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแล หรือสื่อสารผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว รวมทั้งมีโอกาสได้เรียนรู้จากการสังเกตการสื่อสารของบุคลากรร่วมวิชาชีพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ถึงความต้องการในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เข้าใจถึงความทุกข์ของการสูญเสีย สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัวตามบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁴ จากเหตุผลดังที่กล่าวมา จึงอาจส่งผลให้อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

ด้านทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r_s = .35, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ เยาวรัตน์ มัชฌิม และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ พบว่าทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r = .31, p < .01$) ทั้งนี้นักวิจัยอธิบายว่าอาจเป็นเพราะทัศนคติเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะ หากบุคคลมีทัศนคติที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีความสามารถ มีพฤติกรรมที่ดี จึงอาจกล่าวได้ว่า พยาบาลที่มีทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายดี จะมีสมรรถนะในการสื่อสารดี ผลการศึกษานี้พบว่า พยาบาลรับรู้ว่ามีสมรรถนะเรื่องการบอกข่าวร้ายมากกว่าการสื่อสารด้านอื่น เนื่องจากการบอกข่าวร้ายเป็นสิ่งที่ตีมีประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ทำให้มีเวลาในการวางแผนจัดการหรือเลือกตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าตามความต้องการ^{1-2,8} การมี

ทัศนคติดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่งพบว่า คือ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งเป็นไปได้ว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายมาก รวมถึงการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ประสบการณ์ยาวนานทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ความรู้สึก เห็นใจ เข้าใจปัญหาความต้องการด้านการดูแลและสามารถสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือตามความคาดหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลในเรื่องของความตาย และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั่นเอง นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 3 แห่งมีนโยบายที่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน มีการจัดทีมงานผู้รับผิดชอบตามเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีระบบส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน มีการส่งเสริมการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกปี²² จากนโยบายดังกล่าวทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจระบบการทำงาน มีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นตามไปด้วย จากเหตุผลดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 111.57, SD = 9.04$) และส่งผลให้ทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัว

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการสื่อสาร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r_s = -.15, p > .05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยเด็กเฉลี่ย 13.75 ปี ($SD = 9.10$) ส่วนมากเคยดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายร้อยละ 92.7 และเคยดูแลบุคคล

ในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 51.2 จากข้อมูลดังกล่าวอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว จึงสามารถปรับตัวเพื่อสื่อสารให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ไม่ยากนัก ประกอบกับโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 3 แห่ง มีทีมงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาในด้านการสื่อสารและต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อน จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลรับรู้ว่าอุปสรรคในการสื่อสารผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.40, SD = 19.69$) จึงอาจส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการสื่อสารไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาในระดับโรงพยาบาลศูนย์ของภาคกลางเพียง 1 เขต จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัวในโรงพยาบาลระดับอื่น เนื่องจากอาจมีบริบทของการดูแลที่แตกต่างกัน และเพื่อให้ผลการศึกษานี้สามารถอ้างอิงไปยังประชากรที่กว้างขึ้นได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า อายุและทัศนคติต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัว ผลการศึกษานี้ให้เห็นความสำคัญของการมอบหมายบทบาทหน้าที่การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายและครอบครัว อาจต้องคำนึงถึงวัย

วุฒิของพยาบาลด้วยที่สะท้อนถึงประสบการณ์และทัศนคติที่ดี ยิ่งกว่านั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้กับบุคลากรทางการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว และอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาทักษะในการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติของพยาบาลในการสื่อสารเพื่อบอกข่าวร้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ความตาย กับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน

References

1. Crozier F, Handcock LE. Pediatric palliative care: beyond the end of life. *Pediatr Nurs*. 2012;38(4):198-203, 227.
2. Suttle ML, Jenkins TL, Tamburro RF. End-of-life and bereavement care in pediatric intensive care units. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(5):1163-83.
3. Williams-Reade J, Lamson AL, Knight SM, White MB, Ballard SM, Desai PP. Pediatric palliative care: a review of needs, obstacles and future. *J Nurs Manag*. 2015;23(1):4-14.
4. Pearson H. Managing the emotional aspects of end of life care for children and young people. *Pediatr Nurs*. 2010;22(7):31-5.
5. Foster TL, Lafond DA, Reggio C, Hinds PS. Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: from diagnosis to cure or end of life. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(4):205-21.
6. Mullen C, Thomas J. End of life care: common core competencies. *British Journal of Healthcare Assistants*. 2009;3(10):490-2.
7. Widger KA, Wilkin K. What are the key components of quality perinatal and pediatric end-of-life care? a literature review. *J Palliat Care*. 2004;20(2):105-12.
8. Charalambous A. Good communication in end of life care. *Journal of Community Nursing*. 2010;24(6):12-4.
9. Mullen JE, Reynolds MR, Larson LS. Caring for pediatric patients' families at the child's end of life. *Crit Care Nurse*. 2015;36(6):46-55.
10. Boyd D, Merkh K, Rutledge DN, Randall V. Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(3):E229-39.
11. Dahlin CM. Communication in palliative care: an essential competency for nurses. In: Ferrell BR, Coyle N, editors. *Oxford textbook of palliative nursing*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2010. p.107-33.
12. Davies B, Sehring SA, Partridge JC, Cooper BA, Hughes A, Philp JC, et al. Barriers to palliative care for children: perceptions of pediatric health care providers. *Pediatrics*. 2008;121(2):282-8.
13. Dalberg T, McNinch NL, Friebert S. Perceptions of barriers and facilitators to early integration of pediatric palliative care: a national survey of pediatric oncology providers. *Pediatr Blood Cancer*. 2018 Jun;65(6):e26996. doi/10.1002/pbc.26996. PubMed PMID: 29418063.

14. Srisuwan N, Matchim Y, Nilmanat K. Nurses' competency in communication with patients at the end of life and their families and related factors. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2014;34(3):109-24. (in Thai).
15. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Shen MJ, Pehrson C, Zaider T, et al. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: a qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2016;16(1):193-201.
16. Ruansri P, Pothiban L, Nanasilp P. Knowledge, attitudes, and practices among health care personnel pertaining to terminal care for older patients with chronic illness. *Nursing Journal* 2015;42(2):24-35. (in Thai).
17. Thepsaw J, Payakkaraung S, Sanasuttipun W, Srichantaranit A. Relationship between knowledge, attitude, barriers, and nurses' behavior in pediatric palliative care. *Journal of Nursing Science*. 2018;36(2):18-29. (in Thai).
18. Mahanupab T, Leksawasdi N, Sucamvang K. Attitudes toward death and the dying patients of professional nurses Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1998. 68 p. (in Thai).
19. Ayed A, Sayej S, Harazneh L, Fashafsheh I, Eqtait F. The nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice*. 2015;6(4):91-9.
20. Wongpalee T. Barriers to care for dying patients among nurses in medical nursing section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2006. 74 p. (in Thai).
21. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Revision ed. Boulder, CO: The University Press of Colorado; 1985. 336 p.
22. Haruthai C. Nursing service system for palliative care. In: Haruthai C, Attachaiwat A, Suwankasawong S, editors. Nonthaburi: Suetawan Printing; 2016. p.7-15. (in Thai).