บทความวิจัย

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล

วราภรณ์ คงสุวรรณ* กิตติกร นิลมานัต* เยาวรัตน์ มัชฌิม*

บทคัดย่อ

ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดขึ้นได้ทุกเวลาและสถานที่ โดยเฉพาะห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่พยาบาลต้องเผชิญกับความตายอยู่เสมอ บทความนี้นำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉินในมุมมองของพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา จำนวน 3 แห่ง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลประจำการในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ราย 3) มีความยินดีในการให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยคุณภาพ โดยยึดตามแนวทางของ ลินคอล์น และกูบา

ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาล สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) อุปสรรคด้านสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างของห้องฉุกเฉิน 2) อุปสรรคด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน และ 3) อุปสรรคด้านศักยภาพของแพทย์และพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน และสามารถนำผลที่ได้ไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลวิกฤตใกล้ตาย; การวิจัยเชิงคุณภาพ; ประสบการณ์ของพยาบาล; ห้องฉุกเฉิน; อุปสรรค

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ความสำคัญของปัญหา

ความตาย เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิต ถ้าเลือกได้ทุกคนก็ปรารถนาที่จะตายดี ตายสงบ ไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน ได้อยู่ท่ามกลางสถานที่ที่คุ้นเคย และบุคคลอันเป็นที่รัก จากสถิติการตายของประชากรในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนการตายในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40 (Bureau of Policy and Strategy, 2008) แต่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงไม่กี่แห่งในประเทศไทย (Nilmanat & Phungrassami, 2006) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตายในโรงพยาบาลส่วนใหญ่กระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกะทันหัน ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ อาจจะเป็นทางรถ ทางน้ำ หรือได้รับภัยธรรมชาติ หรืออาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่จะเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นอันดับแรก และพบว่าผู้ป่วยบางรายแพทย์ไม่อาจช่วยเหลือรักษาชีวิตไว้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตรุนแรงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายใกล้ตาย และอาจตายที่ห้องฉุกเฉินนั้น (Quigley & Burton, 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกนำมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาสั้นๆ อาจเพียงแค่ไม่กี่ชั่วโมงก่อนที่จะเสียชีวิตแต่ก็ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ มีความหมาย และท้าทายต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่จะมีผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้กลายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย (Nilmanat & Phungrassami, 2006) พยาบาล เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา (International Council of Nurses, 2006) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายและใกล้ตาย หรือให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง (World Health Organization, 2002) ดังเห็นได้จากปัจจุบันมีโครงการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายหรือใกล้ตายในห้องฉุกเฉินพบว่า ยังมีการศึกษาน้อย เช่น การศึกษาเชิงปริมาณที่เก็บข้อมูล โดยการสำรวจในกลุ่มของพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องฉุกเฉิน (Beckstrand, Smith, Heaston, & Bond, 2008; Beckstrand, Wood, Callister, Luthy, & Heaston, 2012; Heaston, Beckstrand, Bond, & Palmer, 2006) และอีกหนึ่งการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลในประเทศสหราชอาณาจักร ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในห้องฉุกเฉินยังทำได้ไม่เต็มที่ โดยบุคลากรพยาบาลและแพทย์ในห้องฉุกเฉินไม่ได้ให้ความสนใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ (Bailey, Murphy, & Porock, 2011)

สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและใกล้ตายในโรงพยาบาล แต่เป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยไอซียู และเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย (อรพรรณ กิตติกร และวิภาวี, 2554) ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้าย (สุภัสสรา, 2554) และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan, 2011) นอกจากนี้ได้พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอีก 2 การศึกษาคือ ศึกษาประสบการณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย (ยุวนิดา, กิตติกร, และพัชรียา, 2554) และประสบการณ์ในการดูแล

สมาชิกครอบครัวที่ได้ตายอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan & Chaipetch, 2011)

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน ถึงแม้ได้มีหลายการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายและใกล้ตายหรือการตายสงบในหอผู้ป่วยไอซียู แต่บริบทการรักษา การบริการพยาบาล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยไอซียูและห้องฉุกเฉินก็มีความแตกต่างกัน โดยในห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยที่เน้นการช่วยชีวิตเป็นหลัก และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้นๆ ในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในห้องฉุกเฉินขาดการให้ความสำคัญ แม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่ใกล้ตายในห้องฉุกเฉินจำนวนมากก็ตาม นอกจากนี้ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลวิกฤตใกล้ตายในหอผู้ป่วยไอซียูอาจมีความแตกต่างจากองค์ความรู้ที่ได้จากห้องฉุกเฉิน หรือองค์ความรู้จากทั้งสองแหล่งอาจไม่สามารถนำมาอธิบายแทนกันได้ และถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในต่างประเทศ แต่ก็มีจำนวนน้อยและบริบทต่างกัน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน เพื่อที่จะทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน ซึ่งผลการศึกษาสามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลภาวะวิกฤตและใกล้ตาย และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินเพื่อให้มีการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินจากประสบการณ์ของพยาบาล

วิธีการวิจัย

การบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินจากประสบการณ์ของพยาบาลในครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพของปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology)

สถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสงขลา จำนวน 3 แห่ง ลักษณะหอผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นห้องรวมใหญ่ ไม่มีเตียงผู้ป่วย แต่มีการใช้เปลสำหรับให้ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการรับการรักษา รับผู้ป่วยได้ประมาณ 10-15 คน และใช้ม่านปิดกั้นรอบเปลผู้ป่วยในการตรวจรักษา ช่วยฟื้นคืนชีพ หรือแยกความเป็นส่วนตัว เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายและตาย มีอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยเหลือชีวิต บริเวณพื้นที่ในหอผู้ป่วยและบริเวณเปลผู้ป่วยพื้นที่ว่างระหว่างเปลนอนของผู้ป่วยแต่ละคนมีจำกัดคับแคบ มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ที่มีห้องสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่อยู่ด้านในสุดของหอผู้ป่วย ไม่มีห้องพักสำหรับญาติผู้ป่วยได้ปรึกษาหารือ และไม่มีห้องสำหรับให้ข้อมูลญาติโดยเฉพาะ บางโรงพยาบาลจะมีพื้นที่แคบๆ หลังหอผู้ป่วยสำหรับไว้ผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิต ภายในหอผู้ป่วยมีส่วนของเคาเตอร์ทำงานของพยาบาลแยกจากส่วนพื้นที่ของผู้ป่วย

จริยธรรมในการทำวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง รวมทั้งการอนุญาตให้แจกแผ่นประกาศประชาสัมพันธ์การรับสมัครผู้ให้ข้อมูลที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับหัวข้อการทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงในการให้ข้อมูล ซึ่งความเสี่ยงนี้มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

ของผู้ให้ข้อมูลน้อยมาก จากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง และให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หรือเปลี่ยนใจไม่ยินยอมให้นำข้อมูลของตนไปใช้และเผยแพร่ นอกจากนี้ในรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มีการจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มิดชิด โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ในระหว่างการสัมภาษณ์หากพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่กำลังเล่า ผู้สัมภาษณ์เสนอให้หยุดพักการสัมภาษณ์และให้การดูแลด้านจิตใจแก่ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) เป็นพยาบาลประจำการในห้องฉุกเฉิน อย่างน้อย 2 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน อย่างน้อย 2 ราย และ 3) มีความยินดีในการเล่าประสบการณ์ จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นกับความอิ่มตัวของข้อมูล นั่นคือ ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003)

ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 9 ราย เพศชาย 3 ราย อายุโดยเฉลี่ย 36 ปี (ตั้งแต่ 25-50 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาอิสลาม สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 10 ราย ปริญญาโท จำนวน 2 ราย เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย จำนวน 5 ราย มีประสบการณ์ในการทำงานที่ห้องฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 9.9 ปี (ตั้งแต่ 2-27 ปี) ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน มากกว่า 5 ราย และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย ที่มีประสบการณ์คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการแจกแผ่นประกาศประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้ให้ข้อมูลที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง และติดต่อกับพยาบาลของห้องฉุกเฉินที่ผู้วิจัยได้รู้จักเป็นการส่วนตัวมาก่อน (key persons) เพื่อให้ช่วยค้นหาหรือติดต่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลไว้ในเบื้องต้น โดยการแนะนำจากผู้ให้ข้อมูล (snowball purposive sampling method)

ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมงานวิจัยแนะนำพยาบาลคนต่อไปที่มีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยผู้วิจัยจะให้เบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของผู้วิจัยไว้สำหรับให้ติดต่อกลับมาหลัง จากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง และนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล (in-depth individual interview) บันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เลือกสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว สงบ ไม่มีเสียงดังรบกวนและสะดวกแก่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้สัมภาษณ์ ในการศึกษานี้คือ ห้องทำงานส่วนตัวของผู้วิจัย และห้องประชุมเล็กของโรงพยาบาล ก่อนการสัมภาษณ์จะมีการเซ็นยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมให้บันทึกเสียงก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที และมีการสัมภาษณ์ซ้ำในประเด็นที่ไม่ชัดเจน หรือพบว่าไม่ชัดเจนเมื่อมีการวิเคราะห์ข้อมูล แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น กรุณาเล่าประสบการณ์ของท่านเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะเริ่มดำเนินการทันทีเมื่อการถอดเทปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะถูกนำมาอ่านร่วมกับการฟังเทปซ้ำๆ 2-3 ครั้ง ทำการแยกข้อความ ประโยค หรือวลีที่เป็นสาระสำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษา จากนั้นนำข้อความ ประโยค หรือวลี ที่แยก มาทำการจัดกลุ่มข้อมูล โดยข้อมูลที่มีความหมายเดียวกันจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยทั้งสามท่านจะวิเคราะห์ข้อมูล และนำผลมาอภิปรายด้วยกัน

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ยึดตามแนวทางของงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้แก่ การเลือกผู้ร่วมให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นการประกันว่า คำอธิบาย และบรรยายของประสบการณ์ได้สะท้อนมาจากความเป็นจริงของประสบการณ์ที่ศึกษา (credibility) การนำเสนอบริบทและคำบรรยายของประสบการณ์ที่มากและลึกพอ เพื่อสามารถนำผลที่ได้ไปอ้างถึงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน (transferability) มีการตรวจสอบกระบวนการของการศึกษาวิจัยและผลการศึกษาโดยที่ผู้วิจัยทุกท่านเห็นด้วยกับขั้นตอนการศึกษาต่างๆ และผลที่ได้ในการศึกษา (dependability) นอกจากนี้ได้ใช้การเขียนบันทึกกิจกรรมและความคิดเห็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้นักวิจัยอีกท่านสามารถตรวจสอบได้ (confirmability)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน พบว่า มีอุปสรรค 3 กลุ่มหลัก และในแต่ละกลุ่มหลัก ประกอบด้วย 2-3 กลุ่มย่อย ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน
1. สภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างของห้องฉุกเฉิน
- สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม
- ไม่มีห้องสำหรับให้ข้อมูลญาติและให้ญาติพักในขณะที่เศร้าโศก
- ไม่มีห้องเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
2. วัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน
- รับคนไข้ที่ไม่จำกัด
- มุ่งเน้นการช่วยและการยื้อชีวิต ไม่เน้นความสุขสบาย
- ไม่มีแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
3. ศักยภาพของแพทย์และพยาบาล
- ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ
- ขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ไม่ยอมรับการตาย

1. สภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างของห้องฉุกเฉิน

1.1 สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม

โรงพยาบาลสองทั้งแห่ง ไม่มีห้องเฉพาะสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ แต่จะจัดโซนสำหรับผู้ป่วยวิกฤตภายในห้องฉุกเฉินและกั้นม่านรอบเปลผู้ป่วย ซึ่งไม่มีความมิดชิด ผู้ป่วยและญาติรายอื่นสามารถมองเห็นการช่วยฟื้นคืนชีพได้หรือการทำหัตถการต่างๆ ในการช่วยชีวิต พื้นที่คับแคบ ไม่สะดวก โรงพยาบาลอีกแห่ง มีห้องสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ แต่อยู่ในส่วนท้ายของห้องฉุกเฉิน ไม่ได้อยู่ตรงประตูทางเข้า ทำให้เสียเวลาในการช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย ซึ่งอาจจะมีโอกาสรอดก็ได้

"ในส่วนของ ER ที่เรา ห้อง CPR จะอยู่ไกล หลังสุด ตามหลักการ ห้อง CPR ต้องอยู่ตั้งแต่ตอนต้นเลย...แล้วกรณีที่คนไข้ arrest มา จะมีพยาบาลวิ่งเข้ามากับเปล ซึ่งก็ค่อนข้างเร็ว แล้วก็กว่าจะไปถึง เวลาที่เราเข็นจากข้างหน้าไปที่ห้อง CPR ถึงจะหนึ่งนาที แต่นั่นก็มีความหมายนะ" (P3)

1.2 ไม่มีห้องสำหรับให้ข้อมูลญาติและให้ญาติพักในขณะที่เศร้าโศก

พื้นที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ถูกใช้ในการรับผู้ป่วย และออกแบบให้เป็นห้องตรวจโรค ไม่มีห้องเฉพาะสำหรับให้ข้อมูลหรือให้ญาติพัก ดังนั้น การให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับอาการหรือการตายของผู้ป่วยอาจใช้บริเวณเคาเตอร์พยาบาล หรือแถวเปลผู้ป่วย ซึ่งเป็นบรรยากาศที่วุ่นวาย ทำให้เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล ไม่เป็นส่วนตัว ขาดสมาธิ และญาติของผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาเศร้าโศกที่รุนแรงหลังทราบข่าวร้าย และมักระงับการแสดงออกไม่ได้ ต้องการการดูแลต่อเนื่อง

"หมอจะเดินออกมาคุยนอกห้อง CPR ก็คุยบางคนรับได้ก็โอเค ไปนั่งสงบสติอารมณ์ บางคนพอคุยก็รับไม่ได้ก็ร้องไห้โฮๆ ขึ้นมา แล้วคนที่อยู่เตียงข้างๆ ตรงนี้ที่ถัดออกมา คนนั้นร้องไห้ทำไมมีอะไรน่าสนใจ ก็มามุงดูอยู่ อันนี้ก็ไม่งาม....มันต้องมีห้อง ไม่ต้องใหญ่มาก เอาแค่โต๊ะ เก้าอี้สัก 2-3 ตัว ให้หมอกับพยาบาลหรือว่าญาติได้นั่ง เข้าไปคุย อาจจะมีน้ำให้เค้าบ้าง มีอุปกรณ์พวกแอมโมเนีย พวกผ้าเช็ดหน้า เพราะว่า บางคนก็เป็นลมเป็นแล้งไปหรืออาจมีเก้าอี้แบบที่ให้ญาตินอนเอนได้" (P3)

1.3 ไม่มีห้องเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผู้ป่วยใกล้ตายบางราย แพทย์จะพิจารณาให้อยู่ในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งถึงแก่ความตาย เนื่องจากไม่มีห้องเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ป่วยเหล่านี้จึงถูกจัดให้นอนอยู่บนเปลในห้องรวมกับผู้ป่วยอื่นๆ พยาบาลจะกั้นม่านเพื่อให้เป็นพื้นที่ส่วนตัวสำหรับญาติในการเข้ามาอยู่กับผู้ป่วย แต่ก็มีพื้นที่จำกัด แออัด วุ่นวาย ไม่สงบ และไม่สะดวกในการให้ญาติเข้ามาอยู่ด้วยมากๆ และไม่เหมาะในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

"เคสนี้เรารู้ว่าตายแน่นอน แต่ว่าหมอบอกว่า อย่า admit เลย ประเดี๋ยว ชั่วโมงสองชั่วโมงก็ death ก็ให้อยู่ที่ ER เราก็ต้องไว้ที่ล็อค 1, 2 ซึ่ง 1, 2 ของเราคือ ล็อควิกฤต เราก็จะไว้จนกระทั่งคนไข้ death ก็ต้องเบียดๆ กันเพราะว่าจะพาไปตรงอื่นไม่ได้ เพราะว่า เราไม่มีสถานที่หรือห้องเฉพาะ อะไรเราก็ไม่สะดวก คนไข้อื่นก็นอนอยู่เยอะ แล้วมันรู้สึกว่าดูแล้วไม่ค่อยดีเท่าไหร่ จะให้ญาติมาอยู่เยอะๆ ก็ไม่ได้ สวดมนต์หรือทำพิธีกรรมอะไร ก็ไม่สะดวก" (P9)

2. วัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน

2.1 รับคนไข้ที่ไม่จำกัด

เนื่องจากระบบงานของห้องฉุกเฉินมีการรับคนไข้ที่ไม่จำกัด พยาบาลต้องเตรียมพร้อมสำหรับการรับคนไข้รายใหม่ที่จะเข้ามาได้ตลอดเวลา ทำให้การอยู่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวของผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างจำกัดและไม่เต็มที่ พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องละทิ้งการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว เนื่องจากต้องเข้าไปดูผู้ป่วย

รายใหม่ ถึงแม้ว่าจะเห็นความสำคัญของการดูแลในระยะใกล้ตาย แต่ก็ไม่สามารถกระทำการดูแลได้อย่างที่ต้องการ

"เราก็ไม่ได้อยู่กับเค้าตลอด ถ้าเกิดมีคนอื่นมา เราก็ต้องเข้าไปดู case อื่น แต่ในใจเราให้ความสำคัญ แต่ที่เราทำบางทีเราก็ต้องทิ้ง เหมือนช่วงระหว่างรอเตียง ช่วงนั้นที่จริงเราอาจจะช่วย คือไปอยู่ด้วยได้ แต่ถ้า case อื่นมา เราก็ทิ้งเหมือนกัน" (P2)

2.2 มุ่งเน้นการช่วยชีวิตและการยื้อชีวิต ไม่เน้นความสุขสบาย

เนื่องจากวัฒนธรรมการดูแลของห้องฉุกเฉินคือ การช่วยและยื้อชีวิต ทำให้โอกาสของการดูแลบุคคลในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองซึ่งเน้นความสุขสบาย โดยเฉพาะให้ครอบคลุมจิตสังคมและจิตวิญญาณลดน้อยลง เพราะการกระทำพฤติกรรมการดูแลแบบนี้ อาจจะกระทบกับการทำงานเป็นทีมในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นที่ยังมีโอกาสรอด และยังไม่เป็นที่ยอมรับกันในทีมการดูแลที่จะให้พยาบาลแยกตัวออกไปดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยใกล้ตายอย่างเดียว

"เรื่องการนั่งกุมมือ นั่งเป็นเพื่อนอะไรแบบนั้นน้อย เพราะว่า มุมมองของพยาบาลร่วมเวรร่วมทีมกัน เขาอาจจะดูว่าบางทีข้างนอกอาจจะยุ่งควรไปทำงานตรงนั้นมากกว่า เพื่อสวัสดิภาพของทีมไม่งั้นคนไข้โน้นล้มเหลวอีก (อาการแย่ลง) พอย้ายเข้ามาในห้อง resuscitate มันก็ยุ่งอีก กระบวนการที่คนอื่นต้อง shift มาอยู่ใน field resuscitate มันทำให้เสียคนไปโดยที่ว่าเราป้องกันได้ เขาก็เลยหวังว่า บางทีการเป็นหัวหน้าเวรจริงๆ คือต้องไปช่วยข้างนอกก่อน คือ ไม่ได้หวังว่าคุณต้องมานั่งกุมมือ หรือบทบาทเรื่อง จิตวิญญาณอะไรแบบนั้น คือ บางทีมุมมองของวอร์ด อาจจะไม่ได้ไปด้วยกันกับมุมมองของ palliative care" (P8)

2.3 ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

บางโรงพยาบาล มีวิธีการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตเกี่ยวกับการแต่งหน้า การจัดดอกไม้ธูปเทียนให้กับผู้ที่เสียชีวิต การกล่าวคำขออโหสิกรรม และขั้นตอนเอกสารต่างๆ ให้ญาติดำเนินการ แต่ก็ทำไม่สม่ำเสมอในทุกราย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่ศึกษา ยังไม่มีการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายของห้องฉุกเฉินที่ชัดเจนตามหลักวิชาการ อาจมีผลทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล เนื่องจากมีการเรียนรู้การดูแลจากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลรุ่นพี่หรือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลรุ่นพี่เป็นหลัก

"การปฏิบัติกับคนป่วยใกล้ตายไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจนนะ ส่วนใหญ่น้องก็จะซึมซับจากพี่ๆ นะค่อยๆ ซึมซับไป แล้วประสบการณ์ตรง พี่จะเล่าให้ฟัง ไม่แน่ใจ อาจดูแลไม่ตรงกับหลักวิชาการก็ได้" (P11)

3. ศักยภาพของแพทย์และพยาบาล

3.1 ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ

การให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรค และการรักษาเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกระบวนการของการตัดสินใจของญาติที่เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย แต่แพทย์และพยาบาลยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลภาวะวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติในการได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเข้าใจได้

"หนูไม่กล้า มีความรู้สึกว่า ให้หนูขอทำ treatment ดีกว่านะ บางทีคำพูดถ้าหลุดออกไปสักคำหนึ่ง มันก็ไม่ดีแล้วใช่ไหมค่ะ หมอคุย แต่ว่าจะคุยแบบหยาบมาก คือ เขาไม่ได้มานั่งคุย ถ้าเหมือนญาติมานั่งคุยกันใช่ไหมค่ะ คุยกันหลายคน แต่หมอจะคุยไม่ถึงห้านาที เร็วมาก ที่จริงหนูคิดว่า ถ้าเป็นไปได้ หมอควรที่จะอธิบายญาติ และการดูฟิล์ม

ร่วมด้วยค่ะ เอาผลฟิล์มมาเกี่ยวข้อง อะไรหลายๆ อย่าง แต่ว่าที่นี่ไม่ค่อยมีเท่าไหร่ค่ะ ญาติยังอึ้งๆ อยู่เลยค่ะ ญาติยังไม่ได้ถามอะไรมากมาย ยังไม่ได้คุยอะไรมาก บางทีหมอก็ไปแล้ว" (P7)

3.2 ขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ไม่ยอมรับการตาย

ปฏิกิริยาภาวะเศร้าโศกของญาติหลังจากรับทราบข่าวร้ายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยวิกฤตใกล้ตายของบุคคลที่รัก เช่น เสียใจ โกรธ ปฏิเสธ ต่อรอง เป็นสิ่งที่พยาบาลของห้องฉุกเฉินจะต้องพบอยู่เสมอจากญาติผู้ป่วยที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่สามารถยอมรับการตายภายในเวลาอันสั้น ดังนั้น การมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับการประเมินปฏิกิริยาเศร้าโศกและการให้การดูแลจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม พบว่า พยาบาลยังขาดทักษะและความสามารถในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"เราจะเข้าไปคุยกับญาติ เป็นสิ่งที่ยากเพราะเราประเมินอารมณ์ญาติยาก บางทีญาติหลายคนด้วยไม่ใช่คนเดียว อยู่ๆ เราไปถึงจะคุยเลยมันก็ไม่ได้ ญาติส่วนใหญ่จะรับไม่ได้ คือ คุยยากเหมือนกันเรื่องเข้าไป supportive ญาติ ก็ยังทำได้ไม่ค่อยเต็มที่" (P6)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาอุปสรรคด้านของสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างหรือเชิงกายภาพของห้องฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม ไม่มีห้องให้ข้อมูลญาติและให้ญาติได้พักในขณะเศร้าโศก ไม่มีห้องเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ทั้งนี้ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง มีลักษณะเป็นห้องรวมใหญ่ สามารถรองรับเปลผู้ป่วย ประมาณ 10-15 เปล และถูกจัดแบ่งเป็นโซนในการดูแลตามประเภทของผู้ป่วย พื้นที่มีจำกัด คับแคบเต็มไปด้วยวัสดุและอุปกรณ์ เครื่องมือเทคโนโลยีเพื่อช่วยชีวิตและเยื้อชีวิต อาจเป็นไปได้ว่าวัตถุประสงค์ของการออกแบบในช่วงแรกของการก่อสร้างไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติในห้องฉุกเฉิน และให้เป็นสถานที่สำหรับการเสียชีวิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สำรวจเกี่ยวกับข้อเสนอแนะจากอุปสรรคที่พบในการดูแลในระยะสุดท้ายในห้องฉุกเฉินจากพยาบาลทั่วประเทศ พบว่า สถานที่ของห้องฉุกเฉินไม่มีความเป็นส่วนตัวและให้ความสุขสบายที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงก่อนเสียชีวิตและหลังเสียชีวิต และไม่มีห้องส่วนตัวหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับให้ญาติผู้ป่วยที่เศร้าโศกได้พักและดูแลซึ่งกันและกันสื่อสารปรึกษากัน และตัดสินใจต่างๆ (Beckstrand et al., 2008; Beckstrand et al., 2012) แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งได้ใช้วิธีศึกษาเชิงชาติพรรณวรรณา (ethonography) และพบว่า มีห้องเฉพาะสำหรับให้ญาติผู้ป่วยที่เศร้าโศกและในห้องพักของญาติจะมีห้องน้ำ โทรศัพท์ และครัวสำหรับเตรียมเครื่องดื่ม แต่เป็นห้องที่ถูกจัดให้อยู่คนละที่กับห้องช่วยฟื้นคืนชีพ ญาติไม่สามารถเดินทะลุไปยังห้องช่วยฟื้นคืนชีพได้ และในการที่จะเข้าไปในห้องฟื้นคืนชีพจะต้องขออนุญาตในการเข้าไปดูผู้ป่วย ซึ่งถูกมองว่า เป็นการแยกญาติออกจากผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย และเมื่อผู้ป่วยใกล้ตาย ก็จะถูกย้ายให้มานอนบนเปลในมุมหนึ่งของห้องฉุกเฉินเพื่อรอย้ายไปที่หอผู้ป่วย และเป็นบริเวณที่อยู่ไกลจากความสนใจของแพทย์และพยาบาล (Bailey et al., 2011)

ผลการศึกษาอุปสรรคด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน ได้แก่ รับคนไข้อย่างไม่จำกัด มุ่งเน้นการช่วยและยื้อชีวิต ไม่เน้นความสุขสบาย และไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จากวัฒนธรรมและระบบงานของห้องฉุกเฉินในส่วนนี้ทำให้กลายเป็นความยากในการที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน ซึ่งจะเห็นได้จากตัวอย่าง

ผลการศึกษาว่า ผู้ให้ข้อมูลบางรายพยายามที่จะส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณตามหลักการดูแลแบบประคับประคองที่องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางไว้ (WHO, 2002) แต่ก็ไม่สามารถทำได้อย่างที่ตั้งใจ เพราะไม่เป็นที่ยอมรับของทีมงาน และไม่สอดรับกับระบบงานที่ถูกกำหนดไว้เพื่อช่วยชีวิตและฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การดูแลแบบประคับประคองไม่ถูกให้คุณค่าในการสอดแทรกเข้ามาในวัฒนธรรมการดูแลของห้องฉุกเฉิน และไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลระยะสุดท้าย เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักรที่ผ่านมา (Bailey et al., 2011) แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองได้ถูกแนะนำให้ใช้ในการดูแลที่ห้องฉุกเฉินแล้วก็ตาม (Ieraci, 2013; Todd, 2012) สำหรับผลการศึกษาที่เกี่ยวกับการรับคนไข้ที่ไม่จำกัด ทำให้พยาบาลไม่สามารถควบคุมเวลาของการดูแลได้ และไม่มีเวลาเพียงพอและต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า ภาระงานที่หนักและมากเกินไปในห้องฉุกเฉิน ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลระยะใกล้ตาย ทั้งนี้ในการดูแลระยะใกล้ตาย มีการดูแลทั้งผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว ทำให้ต้องการเวลาในการดูแลที่มากขึ้น (Beckstrand et al., 2008; Beckstrand et al., 2012; Heaston et al., 2006)

ผลการศึกษาอุปสรรคด้านศักยภาพของแพทย์และพยาบาล ได้แก่ ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ และขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ไม่ยอมรับการตาย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายเพียง 5 ราย จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 ราย และถึงแม้ว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานในห้องฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 10 ปี และเคยดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย มากกว่า 5 ราย ก็ตาม จากรายงานในการสำรวจความต้องการและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรที่ทำงานในห้องฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลีย พบว่า บุคลากรแพทย์และพยาบาล มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสารให้ข้อมูลญาติในระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน และต้องการการฝึกและอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ (Shearer, Rogers, Monterosso, Ross-Adjie, & Roger, 2014) สำหรับการดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติ เป็นสิ่งที่เป็นปัญหาในการดูแลของพยาบาลในห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ดังเช่น ในการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การเผชิญกับอารมณ์ด้านลบของญาติจากการสูญเสีย โดยเฉพาะอารมณ์โกรธเป็นอุปสรรคที่พบมากเป็นอันดับที่สอง (Heaston et al., 2006)

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ให้ความเข้าใจอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัดสงขลา อาจไม่สามารถใช้อ้างอิงในโรงพยาบาลระดับอื่นหรือโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกันได้

สรุปและเสนอแนะ

ห้องฉุกเฉินมักเป็นสถานที่ที่ถูกมองว่าเป็นด่านหน้าในการช่วยรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วย อย่างทันท่วงทีและเต็มที่ด้วยเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ การดูแลแบบประคับประคองและส่งเสริมการตายอย่างสงบ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นยากสำหรับการดูแลในห้องฉุกเฉิน ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในห้องฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยอุปสรรคด้านสภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมในการช่วยฟื้นคืนชีพ ในการให้ข้อมูลญาติ และให้ญาติพักในขณะที่เศร้าโศก

และไม่มีห้องเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และอุปสรรคด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน จากการที่รับคนไข้ที่ไม่จำกัดของห้องฉุกเฉิน การมุ่งเน้นการช่วยและยื้อชีวิตมากกว่าการเน้นดูแลความสุขสบาย และไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลบุคคลระยะสุดท้าย รวมทั้ง อุปสรรคด้านศักยภาพของแพทย์และพยาบาล ซึ่งได้แก่ การขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ และการขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ไม่ยอมรับการตาย ผลการศึกษาสามารถให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล ดังนี้

1. โรงพยาบาล ควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลระยะใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องให้ข้อมูลสำหรับญาติ และห้องสำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย

2. สถานศึกษาพยาบาลและโรงพยาบาลควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลระยะใกล้ตายและทักษะการสื่อสาร สำหรับผู้ป่วยและญาติในช่วงใกล้ตายและการดูแลในภาวะโศกเศร้า

3. นักวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาเชิงสำรวจถึงสมรรถนะและความต้องการของบุคลากรสุขภาพในการดูแลบุคคลระยะใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน และพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลบุคคลระยะใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บรรณานุกรม

ยุวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานัต, และพัชรียา ไชยลังกา. (2554). ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32,* 33-43.

สุภัสสรา ชูช่อ. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. *วารสารสภาการพยาบาล, 26*(1), 41-55.

Bailey, C. J., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Social Science & Medicine, 73*(9), 1371-1377.

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.

Beckstrand, R. L., Wood, D., Callister, L. C., Luthy, K. E., & Heaston, S. (2012). Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles. *Journal of Emergency Nursing, 38*(5), e7-e14.

Bureau of Policy and Strategy. (2008). Public health statistics. *Retrieved from http://bps.ops.moph.go.th/*

Healthinformation/statistic53

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.

Ieraci, S. (2013). Palliative care in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 25,* 112–113.

International Council of Nurses. (2006). Nurses' role in providing care todying patients and their. *Retrieved from families.http://www.icn.ch/pscare00.htm*

Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who die a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 17*(7), 329-336.

Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' lived experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care units. *Nursing Science Quarterly, 24*(4), 377-384.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills, CA: SAGE.

Nilmanat, K., & Phungrassami, T. (2006). *Status of end-of-life care in Thailand.* UICC World Cancer Congress 2006, Bridging the gap: Transforming knowledge into action, July 8-12, 2006, Washington DC, USA.

Quigley, M., & Burton, J. (2003). Evidence for cause of death in patients dying in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal, 20,* 349-351.

Shearer, F. M., Rogers, I. R., Monterosso, L., Ross-Adjie, G., & Roger, J. R. (2014). Understanding emergency department staff needs andperceptions in the provision of palliative care. *Emergency Medicine Australasia, 26,* 249–255.

Streubert-Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic* imperative (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Todd, K. (2012). Practically speaking: Emergency medicine and the palliative care movement. *Emergency Medicine Australasia, 24,* 4-6.

World Health Organization. (2002). who definition of palliative care. *Retrieved from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/*

Barriers in Caring for Critically Ill and Dying Patients in Emergency Rooms: Nurses' Experiences

Waraporn Kongsuwan* Kittikorn Nilmanat* Yaowarat Matchim*

Abstract

Death is unavoidable and occurs anytime and anywhere; especially, Emergency Room is a place that nurses always deal with deaths. The purpose of this qualitative research article is to describe barriers to care for critically ill and dying patients in emergency settings as perceived by ED nurses in three tertiary hospitals in Songkhla province. Informants were nurses who 1) have been working in ED for at least 2 years; 2) have experiences in caring for critically ill and dying patients at least 2 cases; and 3) are willing to share information. Data were collected between April and July, 2013. Twelve nurses were agreed to participate. In-depth interview was used as data collection method and content analysis was applied to analyze data. Trustworthiness was established by following Lincoln and Guba's criteria.

The findings of this study reveals that barriers to care for critically ill and dying patients can be categorized into 3 themes; environmental structure of ED; organizational culture and working system; and competencies of doctors and nurses.

The findings of this study provide an understanding of barriers to care for critically ill and dying patients and can be used to develop nursing care system in order to improve the quality of care for critically ill and dying patients.

Keywords: caring for critically ill and dying; qualitative research; experience of nurse; emergency room; barrier

* Assistant Professor, Medical Nursing Department, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand.